

Vergaderjaar 2014–2015

33 362

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben

F

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 10 november 2014

Inleiding

Met belangstelling heeft de regering kennisgenomen van het voorlopig verslag en van de Position papers van brancheorganisaties LHV en KNMG waarnaar het voorlopig verslag verwijst.

De regering erkent zoals de leden van enkele fracties opmerken, dat het onderdeel van het wetsvoorstel betreffende de wijziging van artikel 13 Zvw tot de nodige maatschappelijke onrust en vragen heeft geleid. In dat licht heeft de regering met belangstelling kennisgenomen van de voorlichting die de Raad van State bij brief van 22 oktober 2014 aan de leden van de Eerste Kamer heeft verstrekt met betrekking tot artikel 13 Zvw. De regering is van mening dat de voorlichting van de Raad van State een belangrijke bijdrage vormt aan de discussie. Voor een algemene reactie verwijst de regering naar het antwoord op de vragen van de leden van de fracties van het CDA en de SP.

In deze Memorie van Antwoord gaat de regering in op de door de leden gestelde vragen. Hiermee hoopt de regering dat onrust en onduidelijkheid kunnen worden weggenomen. Bij de beantwoording zal de indeling van het voorlopig verslag worden aangehouden.

De leden van de VVD-fractie hebben moeite met de term verticale integratie, en met het verbod op zich. Zij wijzen op de ontheffingen, en vragen hoe overtuigend kan worden onderbouwd dat de verzekeraar niet op andere wijze kan voldoen aan zijn zorgplicht, en hoe verticale integratie essentieel is voor innovaties.

Het begrip verticale integratie in het wetsvoorstel is gedefinieerd als de situatie waarin een zorgverzekeraar zeggenschap heeft over een zorgaanbieder of zelf vanuit de eigen rechtspersoon zorg verleent. De regering benadrukt dat hierbij is aangesloten bij de definities over zeggenschap uit de Europese Concentratieverordening, alsmede bij de artikel 26 Mededingingswet (Mw).

Het verbod op verticale integratie is ingegeven door de overgangssituatie van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd zorgstelsel. In het op

vraagsturing gebaseerde zorgstelsel behartigen zorgverzekeraars de belangen van hun verzekerden als inkoper van zorg. Door verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder ontstaat een risico dat zorgverzekeraars de belangen van zorgvragers minder objectief en optimaal behartigen. Immers, als een zorgverzekeraar zeggenschap verwerft in een (belangrijke) zorgaanbieder, dan ontstaat een prikkel om de verzekerden zoveel mogelijk naar deze zorgaanbieder te sturen. De regering is van mening dat de zorgverzekeraar zorg moet contracteren op basis van kwaliteit en prijs, niet op basis van een bedrijfseconomisch belang bij het behalen van voldoende volume door de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft. Zolang de transparantie van het zorgsysteem wat betreft concurrentie, kosten en kwaliteit nog onvoldoende zijn ontwikkeld, acht de regering het toestaan van verticale integratie niet opportuun.

Ten aanzien van de ontheffingen merkt de regering het volgende op. Zoals de leden van de VVD-fractie al opmerken, zijn er twee mogelijkheden voor een ontheffing, namelijk in de situatie dat verzekeraars niet op andere wijze kunnen voldoen aan de zorgplicht, en situaties waarin verzekeraars het bestaande zorgaanbod willen vernieuwen door het zelf in de markt zetten van aanbod. In het wetsvoorstel is geregeld dat een ontheffing kan worden aangevraagd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze beoordeelt of de verzekeraar inderdaad aannemelijk heeft gemaakt dat hij niet op andere wijze aan zijn zorgplicht kan voldoen respectievelijk dat de zeggenschap noodzakelijk is om vernieuwing tot stand te laten komen. Bij nota van wijziging is tekst van het wetsvoorstel over de mogelijkheid tot het verkrijgen van een ontheffing voor vernieuwingen aangescherpt in die zin, dat de NZa uitsluitend ontheffing kan geven indien deze noodzakelijk is voor de totstandkoming van de vernieuwing, waar het oorspronkelijke wetsvoorstel ruimte liet voor de mogelijkheid om ontheffing te verlenen wanneer dit hiertoe slechts bevorderlijk was. De regering meent dat tekst van het wetsvoorstel rond beide ontheffingsmogelijkheden hiermee voldoende duidelijkheid biedt voor zorgverzekeraars om hun verzoek richting NZa te onderbouwen.

Overigens wijst de regering erop dat het opnemen van deze uitzonderingen in het wetsvoorstel van belang is voor de Europeesrechtelijke houdbaarheid van het wetsvoorstel. Doordat er uitzonderingen mogelijk zijn vormt het algehele verbod, kort gezegd, een geringere inbreuk op het Europese recht. Door de ontheffingsmogelijkheden is de beperking van het vrij verkeer van kapitaal en de beperking van vrijheid van vestiging meer proportioneel.

De leden van de VVD-fractie vragen of er geen sprake zal zijn van een disbalans tussen instellingen die op basis van het wetsvoorstel niet verticaal geïntegreerd mogen zijn met een zorgverzekeraar en instellingen die vóór mogelijke inwerkingtreding wel verticaal geïntegreerd mogen zijn.

Verticale integratie is op dit moment nog niet verboden. Nieuwe gevallen van verticale integratie zijn straks op basis van dit vooraf kenbare wetsvoorstel verboden, tenzij er grond is voor ontheffing. Dat is enerzijds in het geval wanneer een zorgverzekeraar binnen het bestaande zorgaanbod niet kan voldoen aan zijn zorgplicht en verticale integratie daar wel in kan voorzien, en anderzijds wanneer een zorgverzekeraar en zorgaanbieder een gezamenlijk initiatief voor vernieuwing in de praktijk willen brengen. Dat die verticale integratie later weer afgebouwd moet worden is dan ook in de ontheffing al kenbaar.

De regering is van mening dat zij organisaties die op de inwerkingtredingsdatum van het verbod op verticale integratie al verticaal geïntegreerd zijn, niet tot ontmanteling moet verplichten. Aangezien het verbod op verticale integratie in zulke gevallen niet zal hebben bestaan op het

moment waarop verticaal geïntegreerd werd, zou zij daarmee immers minder betrouwbaar over komen en levert dit mogelijk strijd op met beginselen van behoorlijk bestuur. Bovendien zouden hierbij, gezien artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM), mogelijk schadeloosstellingskwesties gaan spelen. Een en ander laat uiteraard onverlet, dat bestaande situaties van verticale integratie wel kunnen worden aangepakt indien daar vanuit het mededingingsrecht aanleiding toe bestaat of sprake zou zijn van situaties van aanmerkelijke marktmacht (AMM). Overigens is er op dit moment slechts in beperkte mate sprake van verticale integratie.

De leden van de VVD-fractie vragen of dit wetsvoorstel niet een motie van wantrouwen is aan de ziektekostenverzekeraars.

De regering vindt het verbod op verticale integratie zeker geen motie van wantrouwen richting zorgverzekeraars. De regering heeft het verbod op verticale integratie voorgesteld, aangezien de regering verticale integratie een groot risico acht in deze fase van transitie waarin het zorgstelsel verkeert. Door verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder ontstaan prikkels waardoor zorgverzekeraars de belangen van hun zorgvragers minder objectief en optimaal kunnen behartigen. Bij de zorginkoop moet het belang van de patiënt voorop staan en niet het bedrijfsbelang van de verzekeraar bij die zorgaanbieder. Patiënten en verzekerden moeten kunnen vertrouwen op de onafhankelijkheid van zorgaanbieders en van zorgverzekeraars ten opzichte van elkaar.

De leden van de VVD-fractie vragen zich af of het verbod op verticale integratie voldoende meerwaarde heeft. Zij illustreren dit aan de hand van een voorbeeld uit de VS, waarbij de Kaiser Foundation zelf zorg aanbiedt met één cluster van eerste tot derdelijnszorg ineen. Hierdoor kunnen er volgens deze leden geen ongewenste doorschuivingen plaatsvinden en zijn er geen perverse prikkels omdat de zorgverzekeraar op alle niveaus opereert.

Bij de voorbereidingen voor het verbod op verticale integratie, heeft de regering zich op de hoogte gesteld van ervaringen met deze vorm van concentratie in andere landen. Vooral in de Verenigde Staten zijn er sinds de jaren '70 diverse Health Maintenance Organizations (HMO's) opgericht waarbinnen verzekering van zorg werd samengebracht met zorgaanbod. Volgens sommige onderzoekers zijn deze HMO's koploper als het gaat om het aanbieden van ketenzorgprogramma's voor chronisch zieken (diabetes, hartfalen, COPD).¹ Dit geldt bijvoorbeeld voor organisaties als Kaiser Permanente waar de leden van de VVD fractie naar verwijzen. Kaiser Permanente is een geïntegreerde zorgverzekeraar/ aanbieder die zich over een periode van meer dan zestig jaar gevormd heeft (oprichting in WOII). Kaiser Permanente werkt volgens een zorgprincipe waarbij er sprake is van een sterke focus op ketensamenwerking en kwaliteit van zorg, daarmee indirect bijdragend tot grotere efficiency. Dit soort organisaties tracht zich te onderscheiden ten opzichte van concurrenten door kwalitatief goed te scoren op specifieke aspecten van zorg, bijvoorbeeld preventieve zorg.

Echter, uit onderzoek blijkt dat het merendeel van de verticaal geïntegreerde zorgverzekeraars in de gezondheidszorg in de VS beperkte

¹ Enthoven, A.C. (2006), Consumer choice of health plan: connecting insurers and providers in systems: keynote address for the VGE-conference «Consumer choice in health care: the right choice?», Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE) / Erasmus University Rotterdam; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», Journal of Economics & Management Strategy, 18(2): 487–545.

meerwaarde heeft gehad ten opzichte van los gecontracteerde samenwerkingsverbanden. Met uitzondering van voorbeelden² als Kaiser Permanente, zijn deze vaak niet heel succesvol gebleken en was er sprake van grote verschillen qua opzet, structuur en werkwijze. In sommige gevallen was er weliswaar sprake van een positief resultaat op kostenbeheersing, maar niet significant beter op kwaliteit van zorg. Een verklaring hiervoor is onder meer dat verticaal geïntegreerde verzekeraars weliswaar direct invloed uitoefenen op de zorgaanbieder, maar dat zij de capaciteit van hun eigen zorgaanbieders ook optimaal willen benutten, waardoor de aanbieder verzekerd is van zorgvraag en daarmee wellicht minder prikkels tot het verhogen van kwaliteit voelt. De tevredenheid en het vertrouwen van verzekerden liet in veel gevallen een negatief resultaat zien, niet in de laatste plaats door de beperking van keuzemogelijkheden (vanwege doorverwijzing binnen de eigen kolom, de zgn. «locking in») en door risicoselectie³. Verticale integratie die vooral gericht is op groei en organisatieverandering, verbetering van coördinatie of het vergroten van inkoopmacht levert dus vaak geen duidelijk voordeel op.

Deze ervaringen met verticale integratie in de VS laten zien, dat in situaties waarbij er volledige integratie is van eerstelijns, tweedelijns en derdelijnszorg de prikkel tot ongewenst doorschuiven van patiënten nog steeds aanwezig is (zeker bij een collectief gefinancierd systeem als in Nederland), maar dat patiënten ook andere nadelen ervaren zoals bovenvermelde lock-in.

Daarnaast is van belang dat de zorgmarkt in de VS fundamenteel anders is georganiseerd dan die in Nederland. De markt in de VS is competitiever, en vóór de hervormingen van de regering Obama was er in de meeste staten geen sprake van een acceptatieplicht en verzekeringsplicht, een beperkte zorgplicht en verschillende beperkende voorwaarden. Er zijn ook forse verschillen in zorgsystemen en bevolkingssamenstelling tussen de staten onderling, en mede daardoor ook grote variaties in zorgvraag en verzekerdenpopulaties. Zo heeft Kaiser Permanente ongeveer 9.5 miljoen verzekerden aangesloten, ongeveer 1/30^e van de Amerikaanse populatie van verzekerden, maar heeft in vrijwel geen van de staten waarin zij actief is, een heel groot marktaandeel. Pogingen om bijvoorbeeld in Florida (met een meer vergrijzde bevolkingssamenstelling dan in Californië) het Kaiser Permanente concept op te zetten, zijn mislukt. De grote Nederlandse verzekeraars hebben een veel groter marktaandeel met grotere sturingsmogelijkheden. In de Nederlandse situatie is te veel dynamiek of te veel aanbod niet het probleem, eerder het omgekeerde. Nog grotere klontering is niet de oplossing van de Nederlandse problemen.

Ten slotte wijst de regering er nog eens op dat voordelen van integrale zorg ook zonder verticale integratie tot stand kunnen komen via nauwere samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De leden van de VVD-fractie vragen hoeveel duurder de goedkoopste restitutiepolis is dan de goedkoopste naturapolis.

² Bijvoorbeeld: Kaiser Permanente, Group Health Association in Washington, Health Insurance Plan of New York; Bron: David Strang, «Health Maintenance Organizations.», pp. 163–82 in G.R. Carroll and M.T. Hannan, eds., Organizations in Industry: Strategy, Structure, and Selection, Oxford University Press, 1995.

³ Miller, Robert & Harold Luft, «HMO Plan Performance Update: An analysis of the literature, 1997–2001», artikel in «Health Affairs, Vol. 21, no. 4 (2002), page 63–86, Maryland; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», Journal of Economics & Management Strategy, 18(2): 487–545. NHS Confederation, «Building Integrated Care – Lessons from the UK and elsewhere», The NHS Confederation, UK, 2006.

In 2014 bedraagt de premie van de goedkoopste naturaverzekering 80,25 euro per maand. De premie van de goedkoopste restitutieverzekering bedraagt 85,25 euro per maand. Het verschil is op dit moment dus 60 euro op jaarbasis. De verwachting is dat het premieverschil zal gaan toenemen doordat naturaverzekeraars door de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet (Zvw) nog beter kunnen sturen op prijs, kwaliteit en doelmatigheid, in tegenstelling tot restitutieverzekeraars die hier minder goed op kunnen sturen.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe het in de praktijk zal gaan met de selectie door de ziektekostenverzekeraar van aanbieders. Gaat het om hele instellingen, of, zoals gesuggereerd is, om bepaalde afdelingen, en hoe zal dan het effect zijn op andere afdelingen, die samenwerken met die afdelingen? Bijvoorbeeld de samenwerking tussen groepen chirurgen en groepen internisten in een ziekenhuis.

Bij het selectief inkopen kunnen zorgverzekeraars bepalen om een zorgaanbieder, zoals een geheel ziekenhuis, niet langer te contracteren. Ook kunnen ze ervoor kiezen om bijvoorbeeld een specifieke behandeling als borstkankerzorg slechts bij een aantal ziekenhuizen te contracteren, zoals dat op dit moment in de praktijk ook reeds gebeurt. De regering verwacht dat zorgverzekeraars er bij het contracteren van zorg op zullen letten dat er niet te veel versnippering ontstaat in het zorgaanbod richting de patiënt. Dat is immers niet efficiënt en kan daardoor extra kosten en verlies van kwaliteit met zich mee brengen.

De leden van de VVD-fractie vragen zich af, of de ziektekostenverzekeraars met dit wetsvoorstel niet een nog meer stevige positie krijgen dan zij al hadden. Dit kan volgens deze leden een voordeel zijn, als zij bij de inkoop vooral de positie van de verzekeringsnemers behartigen. De VVD-fractie nodigt de regering uit om commentaar te geven op de mate waarin dit wetsvoorstel de balans beïnvloedt tussen de diverse belangen van de verzekeraars, de zorgaanbieders en de zorgvragers.

De kern van de gedachte achter de Zvw is dat de zorg betaalbaar en van een hoge kwaliteit kan blijven, indien (natura)zorgverzekeraars selectief zorgaanbod contracteren op basis van een goede prijs/kwaliteit verhouding. Dit systeem kan niet goed werken als zorgverzekeraars ook de zorg van niet gecontracteerde zorgaanbieders moeten vergoeden. Zorgverzekeraars kunnen hun rol beter oppakken en waarmaken door de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw. Beter dan nu zullen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige of te dure zorgaanbieders kunnen weigeren. Ook hoeft de verzekeraar niet langer zorg te vergoeden van zorgaanbieders waarbij een vermoeden is van fraude of waarbij fraude eerder aan het licht is gekomen. Het is een zeer tijdrovend en een langdurig proces voor de zorgverzekeraar om aan te tonen indien er sprake is van onrechtmatige zorg. Daarom is het van belang dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om vooraf te kunnen bepalen dat er een lage of geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt verstrekt. Dit is cruciaal om het zorgstelsel te laten werken zodat het betaalbare en goede kwaliteit zorg ten behoeve van de verzekerde en de patiënt oplevert.

Door de wetswijziging wordt daarnaast druk gezet op verzekeraars om tijdig hun contracten met zorgaanbieders te sluiten en daarover duidelijk met hun verzekerden te communiceren. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was. Ook zal de zorgverzekeraar in april voorafgaand aan het verzekeringsjaar zijn

inkoopbeleid publiceren. Hierdoor worden zowel de positie van de verzekerde als die van de aanbieder versterkt. Wel is het zo dat zorgverzekeraars scherp onderhandelen met zorgaanbieders. Zolang dit de verzekerde en patiënt en dus de betaalbaarheid en kwaliteit ten goede komt, acht de regering dit gewenst. Pas indien zorgverzekeraars marktmacht zouden aanwenden ten koste van de verzekerde of patiënt is er reden om op te treden. Zowel de ACM als de NZa zijn op dit punt waakzaam.

De leden van de VVD-fractie vragen zich tenslotte af, hoe deze naturapolis, waarbij overigens de vrijheid bestaat om deze niet te nemen, zich verhoudt met een uitspraak van het Europese Hof van Justitie, over het recht op vrije keuze van een advocaat, ook bij een naturapolis. Niet dat dit een volledig parallel lopende situatie is met de vrije artsenkeuze, maar toch horen deze leden graag de mening van de Minister hierover in verband met dit wetsvoorstel.

Op 7 november 2013 heeft het Europees Hof van Justitie zich in zaak C-442/12 uitgesproken over het recht op vrije keuze van een advocaat bij een rechtsbijstandverzekering.⁴ In die zaak ging het om de uitlegging van een bepaling in een Europese richtlijn waarin de vrije keuze van een advocaat bij een rechtsbijstandverzekering expliciet geregeld is.⁵ Deze richtlijn heeft tot doel de vrijheid van vestiging voor (rechtsbijstand)verzekeraars te vergemakkelijken door de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen met betrekking tot rechtsbijstandverzekeringen in de verschillende lidstaten te coördineren.

Het Hof achtte de polisvoorwaarde waarin stond dat de rechtsbijstandverzekeraar en niet de verzekerde bepaalde of en wanneer een externe advocaat naar keuze van de verzekerde werd ingeschakeld in strijd met die richtlijn. Een belangrijk verschil in relatie tot de discussie over vrije artsenkeuze is dat er geen Europese richtlijn is die een recht op vrije artsenkeuze bij ziektekostenverzekeringen vestigt. Integendeel, artikel 168 van het EU-Werkingsverdrag bepaalt dat het de lidstaten zijn die bepalen hoe zij hun gezondheidszorgstelsel inrichten. Het is dan ook aan de lidstaten om te bepalen of en in hoeverre zij een recht op vrije artsenkeuze incorporeren in hun gezondheidszorgstelsel. De regering is van mening dat in het huidige zorgstelsel de vrije artsenkeuze blijft bestaan. Ofwel via de restitutiepolis, ofwel de patiënt kiest ervoor dat de verzekeraar een voorselectie maakt.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering voorkomt dat verzekeraars in het huidige stelsel vooral financiële prikkels krijgen en te weinig inhoudelijke prikkels.

In het op vraagsturing gebaseerde stelsel behartigen verzekeraars de belangen van hun verzekerden als inkoper van zorg. Dit betekent dat verzekeraars om hun verzekerden aan zich te binden, de belangen van hun verzekerden steeds voor ogen dienen te houden. Een verzekeraar moet vanwege de dreiging van overstappende verzekerden rekening houden niet alleen met het imago dat hij heeft, maar ook met zijn prijs, kwaliteit en service. Een verzekeraar die niet tegemoet komt aan de wensen van zijn verzekerden, kan in negatieve zin de pers halen. Verzekerden kunnen stemmen met de voeten en overstappen naar de concurrent die wel goede kwaliteit levert. Tezamen met de wijziging van artikel 13 Zvw denkt de regering hier een goede stap vooruit te maken.

⁴ Arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie van 7 november 2013 in zaak C-442/12 (Jan Sneller tegen DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij).

⁵ Richtlijn nr. 87/344/EEG van de Raad van 22 juni 1987 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de rechtsbijstandverzekering (PbEG 1987, L 185).

Aangezien het voor verzekerden van belang is dat de zorg die zij ontvangen niet alleen betaalbaar maar ook van goede kwaliteit is, hebben verzekeraars een belangrijke inhoudelijke prikkel om bij hun zorginkoop scherp te letten op de kwaliteit van het zorgaanbod. Hiertoe is wel nodig dat de kwaliteit transparant en vergelijkbaar is. Zorgverzekeraars kopen de laatste jaren steeds meer in op kwaliteit en kunnen dat ook omdat ze op immers op een schat aan data zitten waaruit ze heel veel kunnen afleiden. Maar het kan nog beter. Transparantie van de kwaliteit van zorg speelt daarbij een sleutelrol en de afgelopen jaren is hard gewerkt om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg. Op 18 juli jl. heb ik hierover een brief aan de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstuk 31 765, nr. 93). Hierin geef ik aan dat transparantie van de kwaliteit van zorg moet worden versneld, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor het Kwaliteitsinstituut dat sinds 1 april 2014 bestaat. Via de meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut moeten kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten/indicatoren versneld beschikbaar komen, zodat ook zorgverzekeraars deze bij de zorginkoop kunnen gebruiken, maar ook zodat verzekerden inzicht hebben in de kwaliteit die door de verzekeraar is ingekocht. De zorgverzekeraar zal conform het wetsvoorstel ieder verzekeringsjaar voor april zijn inkoopbeleid openbaar moeten maken. Daarin maakt de verzekeraar ook zijn kwaliteitseisen bekend.

De leden van de PvdA-fractie vragen of door het verbod van verticale integratie in de toekomst reddingsoperaties als die van het streekziekenhuis in Oost-Groningen gehinderd of zelfs onmogelijk gemaakt zullen worden.

Bij de afspraken die volgens de media rondom het streekziekenhuis in Oost-Groningen worden gemaakt, lijkt de provincie samen met het UMCG een belangrijke financiële rol te vervullen. Een concurrerend ziekenhuis heeft gemeld hierover een klacht te zullen indienen bij de ACM, die zal onderzoeken of er sprake is van ongeoorloofde staatssteun en beperking van de mededinging. Het is aan de ACM om hierover een besluit te nemen. Er is geen sprake van verticale integratie tussen het ziekenhuis en een of meerdere verzekeraars. Wel lijken verzekeraars te kennen te geven een lange termijn contract te willen sluiten met het ziekenhuis. Dit behoort tot de vrijheidsgraden die een verzekeraar heeft en houdt ten aanzien van zijn contractering. Voor zover de regering bekend is er bij de reddingsoperatie van het streekziekenhuis in Oost-Groningen dan ook geen sprake van verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel.

Overigens merkt de regering los van deze casus op, dat het wetsvoorstel een uitzonderingsmogelijkheid bevat, namelijk dat verticale integratie tijdelijk voor een periode van vier jaar kan worden toegestaan indien een zorgverzekeraar niet op een andere wijze aan zijn zorgplicht kan voldoen. De zorgverzekeraar kan hiertoe een ontheffing aanvragen bij de NZa.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering de vrees kan wegnemen dat de voorgestelde wijziging van dit artikel zal leiden tot een tweedeling in de zorg, waarbij keuzevrijheid alleen beschikbaar is voor hen die zich een restitutiepolis kunnen veroorloven. Hoeveel (procent van de) verzekerden hebben op dit moment een naturapolis? Hoe groot worden naar verwachting de verschillen tussen de premies van naturapolissen en de premies van restitutiepolissen? Hoe groot mag het verschil tussen natura- en restitutiepolissen maximaal worden?

In 2014 heeft 53% van de verzekerden een naturapolis. 25% van de verzekerden heeft een restitutiepolis, maar ook hierbij kan sprake zijn van (deels) gecontracteerde zorg. De overige verzekerden hebben een combinatiepolis waarbij de zorg (deels) gecontracteerd is. In totaal heeft 62% van de verzekerden een polis met gecontracteerde zorg en 30% van

de verzekerde een polis met deels gecontracteerde zorg. De overige verzekerden hebben een polis zonder gecontracteerde zorg.

Op dit moment is het verschil tussen de goedkoopste naturapolis en de goedkoopste restitutiepolis op jaarbasis 60 euro. De verwachting is dat het premieverschil zal gaan toenemen doordat naturaverzekeraars door de wijziging van artikel 13 Zvw nog beter kunnen sturen op prijs, kwaliteit en doelmatigheid, in tegenstelling tot restitutieverzekerders die hier minder goed op kunnen sturen. Hoe groot die premieverschillen worden is niet vooraf in te schatten. De leden van de PvdA-fractie maken zich mogelijk zorgen over de premieverschillen omdat dat deze mogelijk zouden leiden tot een tweedeling. De regering deelt deze vrees niet. Keuzevrijheid wordt niet bepaald door de grootte van de beurs. Verzekerden met een inkomen onder een bepaald niveau hebben immers recht op zorgtoeslag. Deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico). Mensen met een laag inkomen worden dus niet gedwongen om een naturapolis waarbij selectief is gecontracteerd af te sluiten. De regering vindt het daarom niet nodig om, zoals bijvoorbeeld eerder is gesuggereerd, een maximale bandbreedte in te voeren tussen de restitutieverzekering en de budgetpolis.

Overigens zal binnen de naturapolissen voldoende keuze overblijven. De verzekeraar is verplicht om op redelijke afstand zorg te contracteren en dient deze binnen een redelijke termijn te leveren om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. Daarbinnen moet een redelijke hoeveelheid zorg worden aangeboden. De NZa ziet daarop toe. Ook in de huidige naturapolissen zien we brede contractering en ook vanuit concurrentieoogpunt zullen naturaverzekeraars een breed aanbod blijven contracteren. Voor verzekerden is het cruciaal dat zij voldoende breed zorgaanbod hebben om niet te zijn overgeleverd aan één of enkele aanbieders.

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering hoe zij gaat borgen dat de naturapolis de verzekerde voldoende keuze biedt. Deze leden vragen zich af uit hoeveel artsen een verzekerde minimaal kan kiezen. Verschilt dit per medisch specialisme, per aandoening of per regio? (5)

Op zichzelf waardeert de regering de suggestie dat iedere verzekerde uit een minimumaantal aanbieders zou moeten kunnen kiezen als garantie voor voldoende keuzevrijheid. De regering ziet hier echter ook praktische bezwaren. Het wettelijk criterium waarop de zorgverzekeraar wordt afgerekend is of hij zijn zorgplicht nakomt. Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag van de Tweede Kamer is gesteld is niet in het algemeen te zeggen hoeveel zorgaanbieders een naturaverzekerde moet hebben gecontracteerd, wil hij aan zijn zorgplicht (voor in natura verzekerde zorg) hebben voldaan.

Dit hangt af van de grootte van de regio, het aanwezige zorgaanbod, de vorm van zorg waar het om gaat en het aantal, spreiding en waarschijnlijke zorgbehoefte van de verzekerden in die regio. Als het gaat om bereikbaarheid en tijdigheid stelt de NZa in zijn Toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars⁶ daarom ook gedifferentieerde eisen aan de verschillende vormen van zorg. Een keuze uit drie aanbieders voor een longtransplantatie is van een totaal andere orde dan kiezen uit drie huisartsen of dermatologen. De regering denkt dat het voor het beschikbare keuzepalet aan zorgpolissen te verstarrend zou werken om van zorgverzekeraars te eisen dat voor iedere verzekerde voor iedere zorgvorm een minimaal aantal aanbieders moeten zijn gecontracteerd. De NZa houdt toezicht op

⁶ NZa, «Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-009)», december 2013, te raadplegen via www.nza.nl.

de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars en zal dat doen met inachtneming van de zorgvorm (bijvoorbeeld hoogcomplex medisch specialistische zorg versus laagcomplex zorg).

De leden van de PvdA-fractie vragen of het denkbaar is dat patiënten in de loop van het jaar niet meer terecht kunnen bij (veel van de) zorgaanbieders met wie de verzekeraar contracten heeft afgesloten, omdat het omzetplafond van die zorgaanbieders is bereikt?

Het is mogelijk dat een (natura)verzekerde in de loop van het jaar niet meer terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder omdat het omzetplafond is bereikt. De zorgverzekeraar zal op grond van zijn zorgplicht de verzekerde dan moeten bemiddelen naar een andere zorgaanbieder of aanvullende afspraken maken met de zorgaanbieder over extra volume. Overigens heeft een verzekerde die reeds een behandelovereenkomst met een zorgaanbieder heeft gesloten, recht op het voortzetten van de behandeling ook wanneer een eventueel omzetplafond is bereikt. Daarnaast dient acute zorg altijd verleend te worden.

Transparante informatieverstrekking door de verzekeraar is van belang omdat de naturaverzekerde er van uit gaat dat hij terecht kan bij de zorgaanbieders die zijn zorgverzekeraar heeft gecontracteerd en die de zorgverzekeraar op zijn website heeft vermeld. Hier heeft hij bij zijn keuze voor zijn verzekeraar mogelijk ook rekening mee gehouden. De verzekeraar dient daarom duidelijk in zijn polis en via zijn website aan te geven of er sprake is van (omzet)plafonds of andere volumeafspraken, en welke consequenties dit mogelijk heeft voor de verzekerde. Ook dienen verzekeraars realistische volumes in te kopen bij gecontracteerde aanbieders. Het is onwenselijk wanneer zorgverzekeraars met een breed aanbod adverteren, terwijl zij in de praktijk weinig volume inkopen. De NZa ziet er op toe dat zorgverzekeraars transparante informatie verstrekken die niet misleidend is.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of het inroepen van een second opinion straks alleen nog kan plaatsvinden bij een door de verzekeraar gecontracteerde arts.

Als op verzoek van de hoofdbehandelaar of de patiënt bepaalde activiteiten door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd is er sprake van onderlinge dienstverlening. In dit geval wordt er onderling een tarief in rekening gebracht en brengt alleen de hoofdbehandelaar een zorgproduct in rekening bij de verzekeraar. Indien het zorgproduct van de hoofdbehandelaar gecontracteerd is, valt de activiteit van de niet-gecontracteerde arts onder het gecontracteerde zorgproduct en wordt deze activiteit dus aan de hoofdbehandelaar vergoed door de zorgverzekeraar. Consultatie van niet-gecontracteerde collega's door gecontracteerde artsen is dus nog steeds mogelijk. Een second opinion kan alleen door de patiënt worden gevraagd. Daarop bestaat, onder voorwaarden, aanspraak. Omdat het hierbij, anders dan bij de hiervoor beschreven onderlinge dienstverlening, gaat om een zelfstandige aanspraak, hangt het van de polisvoorwaarden af welke vergoeding de zorgverzekeraar in dat geval vergoedt bij een niet-gecontracteerde arts.

De leden van de PvdA-fractie vragen voorts hoe geborgd gaat worden dat elke verzekeraar voldoende hooggespecialiseerde (topreferente) zorg inkoopt.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en dienen voldoende zorg in te kopen om hieraan te voldoen. Dit geldt ook voor topreferente zorg. Juist in deze zorg zal artikel 13 Zvw weinig uitmaken. Hooggespecialiseerde

(topreferente) zorg is geconcentreerd en wordt op slechts een aantal plaatsen geleverd.

De leden van de PvdA-fractie vragen of huisartsen bij het doorverwijzen naar medisch specialisten voldoende rekening kunnen houden met de vakinhoudelijk en persoonlijke kwaliteiten die in het betreffende geval vereist zijn om de patiënt de benodigde zorg te verlenen?

In het voorjaar 2014 is gesproken met de Landelijke Vereniging van Huisartsen (LHV), waarover de Tweede Kamer per brief⁷ is geïnformeerd. De LHV heeft aangegeven dat huisartsen verwijzen op basis van medisch inhoudelijke gronden. Zij zien het niet als taak van een huisarts om de inhoud van de verschillende polissen van verzekeraars te kennen en op basis daarvan een afweging te maken voor een zorgaanbieder. De regering onderschrijft dit, maar benadrukt ook de rol van de zorgverzekeraar. In ons verzekeringsstelsel hebben we zorgverzekeraars de rol gegeven om zorg in te kopen voor hun verzekerden op basis van kwaliteit en prijs. Het kan dus zo zijn dat een huisarts doorverwijst naar een bepaalde zorgaanbieder, die de zorgverzekeraar niet heeft gecontracteerd. In dat geval is het aan de verzekerde een afweging te maken naar welke aanbieder hij gaat. Voor de verzekerde is het van belang dat hij zich goed informeert over het gecontracteerde aanbod bij de keuze voor een polis en zo nodig voordat hij naar een zorgaanbieder gaat in zijn polis of bij zijn zorgverzekeraar nagaat of die aanbieder gecontracteerd is.

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering om een grondig beargumenteerde reactie op de stelling van de LHV, dat zorgverzekeraars onvoldoende in staat zijn om kwaliteit te beoordelen en op basis hiervan in te kopen. De prijs van zorg zou bij de inkoop leidend zijn in plaats van de kwaliteit, aldus de LHV die daarbij verwijst naar de Monitor Zorginkoop (februari 2014).

Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is essentieel voor het functioneren van het stelsel. Bij de zorginkoop is ruimte voor verbetering ten aanzien van het aspecten kwaliteit, zoals de NZa ook constateert in haar monitor Zorginkoop⁸. Het voert echter te ver om te zeggen dat zorgverzekeraars onvoldoende in staat zijn om kwaliteit te beoordelen en op basis hiervan in te kopen.

Het is van belang te realiseren dat er bij de invoering van de Zvw in 2006, zo goed als geen openbare informatie was over de kwaliteit van zorg, noch voor patiënten, noch voor verzekeraars. Het systeem gaf daar ook geen aanleiding toe want verzekerden konden niet kiezen. De opbouw van deze kwaliteitstransparantie is eigenlijk pas begonnen sinds de invoering van de Zvw. Het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg is in ontwikkeling. Het kost tijd om volledige transparantie over de kwaliteit van zorg te realiseren. Dat is ook niet verrassend: definiëring van kwaliteit is moeilijk en het creëren van consensus over wat goede kwaliteit is in een sector, neemt tijd.

Om het vertrouwen in het zorgstelsel en in de rol van de zorgverzekeraar te vergroten, hebben zorgverzekeraars er zelf belang bij dat de keuzes rondom zorginkoop voor verzekerden en aanbieders inzichtelijk worden gemaakt. De regering ziet dat verzekeraars hierin stappen zetten. Een voorbeeld dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteit inkopen is de borstkankeroperaties, waarbij zorgverzekeraars deze zorg alleen nog inkopen bij ziekenhuizen die voldoen aan de eisen van de beroepsgroep.

⁷ Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 497.

⁸ Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 498 en 520.

Er wordt ook steeds meer gewerkt met spiegelinformatie om zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken, zoals bijvoorbeeld bij huisartsen. Ook uit het rapport «Doelmatigheid in de zorginkoop»⁹ blijkt dat verzekeraars stappen zetten.

Hiernaast is in het voorliggende wetsvoorstel een verplichting voor verzekeraars opgenomen dat zij het kwaliteitsbeleid dat bij de zorginkoop wordt gehanteerd jaarlijks voor 1 april t-1 transparant maken. Op die manier wordt het voor verzekerden transparant op basis van welke kwaliteitscriteria zorgverzekeraars inkopen en kunnen hiermee rekening houden bij de keuze voor een zorgverzekering.

Vanuit de regering wordt transparantie van kwaliteit gestimuleerd via het Zorginstituut Nederland. Door het stimuleren van de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten draagt het Zorginstituut Nederland bij aan inzicht in wat goede zorg is en waar die geleverd wordt en met specifieke aandacht voor het perspectief van de patiënt.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre door het wetsvoorstel continuïteit van zorg voor chronisch patiënten wordt geborgd.

De wijziging van artikel 13 Zvw heeft geen invloed op de continuïteit van zorg voor chronisch patiënten. Het is in het belang van de zorgverzekeraar om alle zorg waar een chronisch patiënt recht op heeft te contracteren of te vergoeden, hiertoe is hij ook verplicht op grond van zijn zorgplicht. Bij het selectief inkopen kunnen zorgverzekeraars bepalen om een zorgaanbieder, zoals een geheel ziekenhuis, niet langer te contracteren. Ook kunnen ze ervoor kiezen om bijvoorbeeld een specifieke behandeling als borstkankerzorg slechts bij een aantal ziekenhuizen te contracteren, zoals dat op dit moment in de praktijk ook reeds gebeurt. De regering verwacht dat zorgverzekeraars er bij het contracteren van zorg op zullen letten dat er niet te veel versnippering ontstaat in het zorgaanbod richting de patiënt, gezien het feit dat dit niet efficiënt is en daardoor extra kosten met zich mee kan brengen en gezien het feit dat service een belangrijk aspect is in de tevredenheid van patiënten over de zorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het zo kan zijn dat delen van ziekenhuiszorg gecontracteerd worden, waardoor de zorg voor een patiënt opgeknipt en verdeeld moet worden tussen verschillende ziekenhuizen.

Bij het selectief inkopen kunnen zorgverzekeraars bepalen om een zorgaanbieder, zoals een geheel ziekenhuis, niet langer te contracteren. Ook kunnen ze ervoor kiezen om bijvoorbeeld een specifieke behandeling als borstkankerzorg slechts bij een aantal ziekenhuizen te contracteren, zoals dat op dit moment in de praktijk ook reeds gebeurt. De regering verwacht dat zorgverzekeraars er bij het contracteren van zorg op zullen letten dat er niet te veel versnippering ontstaat in het zorgaanbod richting de patiënt. Dat is immers niet efficiënt en kan daardoor extra kosten met zich mee brengen. Het is ook onwaarschijnlijk dat onderdelen van zorg los van de rest van bijzondere kwaliteit geleverd wordt. Juist integraliteit, kennisdeling zal de zorg beter maken. Zo kunnen er ziekenhuizen zijn die heel erg goed zijn in oncologie maar minder in orthopedie en vice versa. Beide kunnen zich versterken op hun speerpunten en afstoten waarin ze matig presteren.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het onder het gewijzigde artikel 13 Zvw de facto nog wel mogelijk is voor nieuwe zorgaanbieders om de markt te betreden.

⁹ Kamerstukken TK 2012–2013, 30 597, nr. 278.

Allereerst staat voor de regering het belang van de verzekerden en patiënten voorop. Doordat verzekeraars scherper zullen gaan inkopen, zal de kwaliteit van zorg verbeteren. Dit betekent ook dat er een zekere druk op zorgaanbieders zal ontstaan om goede zorg te leveren tegen een goede prijs. De regering begrijpt de zorgen dat verzekeraars wellicht eerder geneigd zijn zorg in te kopen bij zorgaanbieders waarvan zij de kwaliteit al kennen en nieuwe aanbieders daarom extra hun best moeten doen om zich te bewijzen. Dat is niet erg, nieuwe aanbieders zullen beter en/of goedkoper moeten zijn. Als ze beter zijn voor hetzelfde geld dan is contractering goed voor de verzekeraar die zijn verzekerden betere zorg kan bieden voor minder geld. Overigens verwacht de regering niet dat alle zorgverzekeraars de vergoeding voor alle zorgsoorten in geval daar geen contract aan ten grondslag ligt zullen vaststellen op 0 euro. Daar hebben ze geen belang bij, aangezien innovatie voor de betaalbaarheid cruciaal is.

In het wetsvoorstel zijn overigens bepalingen opgenomen die de positie van nieuwe aanbieders verstevigen. Verzekeraars moeten transparant zijn over hoe zij ruimte bieden aan innovatief aanbod. Daarnaast dienen verzekeraars transparant te zijn over hoe zij zorgaanbieders op een non-discriminatoire wijze behandelen gedurende de zorginkoopprocedure. Dit betekent onder andere dat zorgaanbieders niet mogen worden uitgesloten op basis van bijvoorbeeld omvang; zowel grote als kleine aanbieders moeten dus toegang hebben tot het proces. Dit geldt ook voor zowel nieuwe als bestaande aanbieders. Via deze bepalingen wordt gewaarborgd dat er ruimte blijft voor nieuwe zorgaanbieders. Deze transparantiebepalingen bestaan momenteel niet in de Zvw.

De leden van de fractie van de PvdA vragen een reactie op de Position Papers van zowel KNMG als LHV waarin voorstellen worden gedaan om te grote marktmacht van zorgverzekeraar te voorkomen, zoals een jaarlijkse rapportage over de marktmacht van zorgverzekeraars en een strenger optreden van de NZa tegen aanmerkelijke marktmacht van zorgverzekeraars.

Dit voorjaar heeft het Ministerie van VWS een rondgang georganiseerd door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprek gingen met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Met name eerstelijns aanbieders hebben daar hun zorgen geuit over het contracteringsproces door de zorgverzekeraar. Tijdens de ronde bleek echter ook dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. Ik verwijs u graag naar een brief van 22 juli 2014¹⁰ waarin voorbeelden van dergelijke initiatieven staan geschetst. In de recente evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de NZa is door Andersson Elffers Felix (AEF) vastgesteld dat de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht (AMM) het standpunt inneemt dat verkoopmacht (marktmacht van zorgaanbieders) schadelijker is dan inkoopmacht (marktmacht van zorgverzekeraars), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars ten goede komt aan de consument. Klachten over inkoopmacht worden door de NZa vrijwel standaard afgewezen. Dit beleidsuitgangspunt is naar het oordeel van AEF echter gestoeld op aannames die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn, onder andere door de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en selectief contracteren. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven monitoren en bij te stellen

¹⁰ EK, 2013–2014, 33 253, J.

wanneer wetgeving of marktomstandigheden veranderen. Gelet op deze aanbeveling van AEF zal de NZa haar beleidsuitgangspunt tegen het licht houden en waar nodig bijstellen dan wel haar keuze beter toelichten. De regering wil eerst de effecten hiervan afwachten, alvorens te overwegen de NZa te verplichten om een jaarlijkse rapportage op te stellen. Voor wat betreft de machtsverhoudingen in de eerstelijns zorg is het raadzaam om goed te kijken naar best practices in de sector. Daaruit blijkt dat er nog aanzienlijke ruimte is voor verbetering. De regering zal de komende periode deze ruimte nader met betrokkenen verkennen.

De leden van de PvdA-fractie verzoeken de regering in te gaan op het pleidooi (van diverse zijden) voor tijdige bekendmaking door zorgverzekeraars van zowel inkoopcriteria als inkoopbeleid en inkoopprocedure.

Het tijdig inzichtelijk maken van hun inkoopbeleid door verzekeraars is van cruciaal belang voor het functioneren van het stelsel. Door dit wetsvoorstel wordt dan ook de transparantie over het inkoop- en kwaliteitsbeleid vergroot. Verzekeraars worden verplicht om de procedure van zorginkoop, het inkoopbeleid en het kwaliteitsbeleid voor het daaropvolgende jaar voor 1 april kenbaar te maken. Deze verplichting is er momenteel niet.

Hierbij dienen verzekeraars ervoor te zorgen dat hun inkoopbeleid non-discriminatoir is. Daarnaast moeten verzekeraars in hun inkoopbeleid aangeven op welke wijze zij bij het inkopen van zorg bewerkstelligen dat er een divers aanbod wordt gecontracteerd, waarbij rekening dient te worden gehouden met godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van de verzekerden. De NZa zal jaarlijks rapporteren hoe de contractering van zorgverzekeraars is geweest (innovatief versus regulier, groot versus klein, etcetera.)

De leden van de PvdA fractie vragen waarom de uitzondering, zoals geregeld in artikel 13aa Zvw, niet voor de eerstelijns-psychologische zorg geldt, terwijl juist ook daar de relatie tussen behandelaar en patiënt een grote rol speelt.

Verzekerden kunnen ook met aanbieders, die vormen van zorg bieden die niet uitgezonderd zijn van de wijziging van artikel 13 Zvw, een vertrouwensband hebben, zoals met een psycholoog of bijvoorbeeld een oncoloog, een reumatoloog, etcetera. De regering is echter geen voorstander van het maken van een uitzondering voor deze aanbieders gezien de afspraken die in de hoofdlijnenakkoorden voor de geestelijke gezondheidszorg en de medisch specialistische zorg zijn gemaakt. Samen met aanbieders, verzekeraars en patiënten zijn deze hoofdlijnenakkoorden gesloten. Zij hebben ingestemd met de wijziging van artikel 13 Zvw, om op die manier de doelstellingen uit de akkoorden te kunnen realiseren. Een belangrijke doelstelling in het Hoofdlijnenakkoord GGZ is de ambulantisering. In 2020 moet eenderde van de intramurale bedden zijn afgebouwd ten opzichte van 2008. Deze zorg wordt ambulant geleverd in de buurt. Dat betekent dat er heel veel werk zal afkomen op de eerstelijns psychologische zorg. Gebrek aan werk ligt dan ook niet in de lijn der verwachtingen. Wel is er regie nodig in de opbouw van de eerstelijns GGZ die hiervan het gevolg is. Daarom is het cruciaal dat de verzekeraar afspraken kan maken in de contracten over de organisatie, de kwaliteit, de extra aandacht, etcetera die nodig is om deze transitie goed te laten verlopen.

De leden van de PvdA-fractie verzoeken de regering gemotiveerd uiteen te zetten of zij voornemens is de suggestie van de Raad van State op bladzijde 8 van de voorlichting d.d. 22 oktober 2014 over te nemen, om zekerheidshalve met het oog op een juiste implementatie van de

Patiëntenrichtlijn, voor vergoeding van grensoverschrijdende intramurale planbare zorg bij naturapolissen gebruik te maken van de mogelijkheid in de wet in een toestemmingsvereiste te voorzien.

De regering is niet voornemens in de wet te voorzien in een toestemmingsvereiste voor vergoeding van grensoverschrijdende intramurale planbare zorg, niet naast en ook niet in plaats van de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw.

De regering is van mening dat introductie van een dergelijk wettelijk toestemmingsvereiste binnen de naturapolissen niet past binnen de privaatrechtelijke opzet van het stelsel. Op grond van de Zvw kan een verzekerde een naturaverzekering of een restitutieverzekering hebben. Heeft hij een naturaverzekering, dan heeft zijn verzekeraar de plicht hem de verzekerde zorg die hij nodig heeft binnen redelijke termijn en op redelijke reisafstand van zijn woonplaats te (laten) leveren. Dit wordt wel de zorgplicht van de naturaverzekeraar genoemd. Om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen, sluit de naturaverzekeraar zorgcontracten met zorgaanbieders die de verzekerde zorg kunnen leveren. Dat kunnen ook contracten zijn met zorgaanbieders over de grens. Een naturaverzekeraar die te weinig of te weinig verspreid gelegen zorgaanbieders heeft gecontracteerd, voldoet niet aan zijn zorgplicht en pleegt derhalve naar burgerlijk recht wanprestatie. In dat geval is hij schadevergoedingsplichtig. Dat betekent in ieder geval, dat hij het volledige bedrag van de in rekening gebrachte kosten moet vergoeden van de zorg die de verzekerde alsnog elders heeft gehaald, waar ter wereld dit ook is gebeurd. Het gewijzigde artikel 13 Zvw voorziet dan ook om die reden in een uitzondering, waarbij in verband met de zorgplicht van de zorgverzekeraar een volledige vergoeding aangewezen is. Die uitzondering in artikel 13 Zvw gaat minder ver dan een eis van voorafgaande toestemming: de verzekerde heeft dit recht in die situatie zonder meer.

De regering acht het zinloos om te regelen dat een verzekerde die voor rekening van zijn zorgverzekeraar in Europa zorg wil halen omdat zijn naturaverzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen, daartoe voorafgaande toestemming van die verzekeraar dient te hebben. Ook zonder toestemming heeft hij immers recht op vergoeding van het volledige bedrag van de in rekening gebrachte kosten. Afgezien daarvan leidt een systeem van voorafgaande toestemming voor andere gevallen dan waar de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is, zowel voor de verzekerde als voor de verzekeraar tot extra administratieve lasten, is het onduidelijk wanneer dan wel en wanneer niet het verlenen van toestemming is aangewezen, en kan een toestemmingsstelsel leiden tot een aanzienlijke toename van beroep- en bezwaarprocedures.

De regering geeft dus de voorkeur aan een systeem waarin binnen de naturapolis voor niet-gecontracteerde zorg – in andere dan spoedgevallen of gevallen waarin de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is – ongeacht of die zorg nu binnen of buiten Nederland wordt ingeroepen, een door de verzekeraar vastgestelde vergoeding wordt betaald. Dat schept duidelijkheid en rechtszekerheid zowel voor de verzekerde als voor de verzekeraar, is minder administratief belastend, en leidt tot minder bezwaar- en beroepsprocedures dan wanneer wel een systeem van voorafgaande toestemming (voor andere gevallen dan die waarin de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is) wordt ingevoerd.

Ook verzoeken de leden van de PvdA-fractie de regering inhoudelijk adequaat in te gaan op opmerking van de Raad van State op bladzijde 8 van de voorlichting d.d. 22 oktober 2014 dat het van belang is dat: de mogelijkheid van een toestemmingsvereiste ingevolge artikel 8, tweede lid, onder a, van richtlijn 2011/24/EU beperkt is tot intramurale zorg en tot zorg waarvoor zeer gespecialiseerde en kostenintensieve medische infrastructuur of apparatuur vereist is. Voor extramurale tweedelijszorg

kan een toestemmingsvereiste niet worden tegengeworpen. Voor zover beoogd is gebruik te maken van de in artikel 8 van de richtlijn geboden mogelijkheid van een toestemmingsvereiste, is onduidelijk hoe het voorgestelde stelsel aansluit op de richtlijn wat betreft de bedoelde extramurale zorg.

Artikel 8 van de Richtlijn geeft Lidstaten de mogelijkheid om voor intramurale en extramurale zorg waarvoor «zeer gespecialiseerde en kostenintensieve medische infrastructuur of apparatuur vereist» een systeem van voorafgaande toestemming in te stellen. In andere gevallen waarin grensoverschrijdende extramurale zorg wordt ingeroepen is het niet toegestaan deze zorg te onderwerpen aan voorafgaande toestemming.

De regering is niet voornemens voor welke vorm van zorg dan ook een eis van voorafgaande toestemming in te voeren. De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw is dan ook niet bedoeld als een implementatie van artikel 8 van de Richtlijn.

Wat artikel 8 van de Richtlijn betreft, merkt de regering op zich ervan bewust te zijn dat er naar zijn aard een zekere mate van spanning bestaat tussen het Nederlandse stelsel van zorgverzekering enerzijds en anderzijds de Patiëntenrichtlijn en het daarin verwerkte vrij verkeer van diensten met betrekking tot buitenlandse zorgaanbieders en het daaruit voortvloeiende vrij verkeer van patiënten, met name ten aanzien van vormen van niet aan planningseisen onderworpen vormen van extramurale, grensoverschrijdende zorg. Deze spanning wordt veroorzaakt door het verschil in het soort verzekeringsstelsel waar ze betrekking op hebben. De Patiëntenrichtlijn lijkt uit te gaan van een publiek georganiseerd verzekeringsstelsel en het Nederlandse stelsel gaat uit van een private verzekering onder publieke randvoorwaarden.

Het stelsel van de Zvw brengt mee dat beperkingen voor het patiëntenverkeer voortvloeien uit hetgeen de zorgverzekeraar en de verzekerde in de polis overeenkomen. Ook de Raad van State merkt dit in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014 op. Voor zover verzekerden met een naturapolis in een situatie komen, dat zij zich de facto niet naar een andere lidstaat kunnen begeven voor een extramurale behandeling, omdat de zorgverzekeraar geen contracten heeft gesloten met zorgverleners in andere lidstaten, en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zodanig heeft vastgesteld, dat het inroepen van niet-gecontracteerde zorg – of dat nu in Nederland of elders in Europa is – financieel onaantrekkelijk is voor de verzekerde, is dat het gevolg van een door de verzekerde gemaakte keuze voor een door hem gewenste polis. Inherent aan de keuze is, dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in het buitenland voor een naturapolishouder niet gelijk is aan de vergoeding die zorgverzekeraar betaalt aan een door hem (wel) gecontracteerde zorgaanbieder binnen Nederland. Binnen de gekozen polis is de vergoeding gelijk, ongeacht de plaats waar de niet-gecontracteerde zorg wordt ingeroepen, in binnen of buitenland. Hiermee is voldaan aan artikel 7, vierde lid van de Richtlijn.

Het Nederlandse stelsel verplicht niemand zich aan te sluiten bij een bepaalde verzekeraar en verplicht ook niemand zich te verzekeren voor een polis met een beperkte of zelfs geen vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

Voor de verzekerde zijn voldoende reële alternatieven voorhanden in de vorm van een andere polis (bijvoorbeeld een restitutiepolis) of het sluiten van zijn zorgverzekering bij een andere verzekeraar. Naar de mening van de Nederlandse regering doen mogelijke Europeesrechtelijke belemmeringen door de wetgeving als zodanig zich dan ook niet voor.

De leden van de PvdA-fractie vragen om uitvoerig en volledig in te gaan op de opmerkingen van de Raad van State ten aanzien van het belang van een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt en zorginkoopmarkt en over de noodzaak van effectief toezicht op het functioneren van de zorgverzekeringmarkt en zorginkoopmarkt.

De Raad van State heeft in haar advies aangegeven dat het huidige artikel 13 Zvw een belemmering is voor het goed functioneren van het stelsel. Ook zonder een contract krijgt de aanbieder immers nog voldoende patiënten, de rekening wordt immers grotendeels vergoed. De Raad signaleert echter ook dat de ongelijke onderhandelingspositie tussen kleine zorgaanbieders en grote zorgverzekeraars met dit wetsvoorstel wordt vergroot, omdat zorgaanbieders nog meer afhankelijk worden van contracten met verzekeraars. De Raad vindt het daarom logisch dat in het wetsvoorstel ook eisen worden gesteld aan het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, zoals non-discriminatie en transparantie. Dit laat echter onverlet dat effectief toezicht op de mededingingsverhoudingen en daadkrachtig optreden door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) noodzakelijk zullen zijn. Dit stelt hoge eisen aan de ACM en de NZa.

In reactie op de opmerking van de Raad van State wijst de regering op de recent verschenen evaluatie van de Zvw¹¹. Hierin wordt met betrekking tot het functioneren van de zorginkoopmarkt geconcludeerd dat de machtsbalans op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in disbalans is ten faveure van sommige zorgaanbieders. De onderzoekers wijzen op een gebrek aan macht van zorgverzekeraars om aanbieders te dwingen op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit betere prestaties te leveren. Om de «*balance of power*» op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseert KPMG onder andere om artikel 13 van de Zvw aan te passen. Door de wijziging van artikel 13 wordt het voor verzekeraars beter mogelijk selectief in te kopen en hun verzekerden te sturen naar gecontracteerd aanbod, waarbij op prijs en kwaliteit wordt gelet. De regering is dus van mening dat door deze maatregel een betere balans zal ontstaan in de marktmacht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Uiteraard zijn er regionale verschillen waarneembaar en geldt de disbalans ten faveure van aanbieders niet voor kleinere aanbieders in de eerste lijn. Aanbieders ervaren in de eerste lijn weinig onderhandelingsruimte. De onderzoekers geven aan dat dit niet als bezwaarlijk hoeft te worden beschouwd zolang de voordelen hiervan worden doorgegeven aan de verzekerde. Om de druk op verzekeraars te vergroten legt de wetswijziging aan de verzekeraar extra verplichtingen op, zoals over het tijdig publiceren van het zorginkoopbeleid en -procedure, en over het kwaliteitsbeleid. Verzekeraars worden zodoende gestimuleerd om tijdig contracten te sluiten met zorgaanbieders en de transparantie tegenover verzekerden te vergroten.

De regering merkt op dat het Ministerie van VWS dit voorjaar een rondgang heeft georganiseerd door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprek gingen met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Met name eerstelijns aanbieders hebben daar hun zorgen geuit over het contracteringsproces door de zorgverzekeraar. Tijdens de ronde bleek echter ook dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. Ik verwijs u graag naar een brief van 22 juli 2014¹² waarin voorbeelden van dergelijke initiatieven staan geschetst. De komende periode zal de regering initiatieven nemen om de ruimte voor

¹¹ KPMG Plexus, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag, juni 2014.

¹² EK, 2013–2014, 33 253, J.

samenwerking maximaal te verkennen en deze best practices te verspreiden.

De regering wijst er voorts op dat de markttoezichthouders NZa en ACM toezicht houden op de zorgmarkt. In de zorgmarkten bestaat een aantal mogelijke vormen van marktfalen, zoals het ontstaan van marktmacht. Marktmacht kan de ontwikkeling van concurrentie en de vrije markt beperken en is daarom onwenselijk. Bij marktfalen kan overheidsingrijpen noodzakelijk zijn, zolang dit ingrijpen proportioneel is ten opzichte van het nagestreefde doel. Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft de NZa onder meer mogelijkheid om het instrumentarium aanmerkelijke marktmacht (AMM) in te zetten. Daarbij kan de NZa zorgaanbieders of zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen, waaronder een contracteerplicht of een prijsplafond.

In aanvulling op dit sectorspecifieke toezicht is het generiek mededingingstoezicht van toepassing. Zodra er sprake is van een onderneming onder de Mededingingswet (hierna: Mw) heeft de ACM een toezichthoudende rol. De ACM grijpt in op grond van de Mw indien gedragingen van en tussen ondernemingen de concurrentie en de keuzevrijheid voor patiënten of verzekerden belemmeren. Dit betreft overtreding van het kartelverbod, misbruik van economische machtspositie of een significante beperking van de mededinging als gevolg van concentraties.

In de recente evaluatie van de Wmg en de NZa is door AEF vastgesteld dat de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht het standpunt inneemt dat verkoopmacht (marktmacht van zorgaanbieders) schadelijker is dan inkoopmacht (marktmacht van zorgverzekeraars), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars ten goede komt aan de consument. Klachten over inkoopmacht worden door de NZa vrijwel standaard afgewezen. Dit beleidsuitgangspunt is naar het oordeel van AEF echter gestoeld op aannames die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn, onder andere door de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en selectief contracteren. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven monitoren en bij te stellen wanneer wetgeving of marktomstandigheden veranderen. Gelet op deze aanbeveling van AEF zal de NZa haar beleiduitgangspunt tegen het licht houden en waar nodig bijstellen dan wel haar keuze beter toelichten.

Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie, naast de hieronder verwoorde specifieke vragen, ook een algemene reactie van de regering op de voorlichting die de Raad van State de Eerste Kamer bij brief van 22 oktober heeft gegeven.

Op verzoek van de Eerste Kamer heeft de Raad van State bij brief van 22 oktober 2014 voorlichting gegeven over het voorgestelde artikel 13 Zvw. Aanleiding voor het verzoek van de Eerste Kamer waren verschillende wijzigingen die gedurende de behandeling van het wetsvoorstel op het voorgestelde artikel 13 Zvw zijn aangebracht, maatschappelijke discussie over de vrije artsenuitvoering en vragen over de verhouding van het voorgestelde artikel tot Europees- en internationaalrechtelijke criteria op het terrein van de interne markt en het grensoverschrijdend verkeer. In de voorlichting onderschrijft de Raad van State het standpunt van de regering dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw niet in strijd is met Europees recht en dat de vrije artsenuitvoering door deze wetswijziging niet wordt beperkt, maar hooguit – en in geringe mate – door de keuze die de verzekerde zelf maakt.

In zijn voorlichting gaat de Raad van State uitgebreid op de bovengenoemde aspecten in. De Raad van State concludeert dat het verschil in opzet tussen de EU-richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van

patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (hierna: Patiëntenrichtlijn), die uit lijkt te gaan van een publiek georganiseerd zorgverzekeringsstelsel en het Nederlandse stelsel dat uitgaat van een private verzekering onder publieke randvoorwaarden, spanning oproept maar dat de voorgestelde regeling in grote lijnen aansluit bij het stelsel van de Patiëntenrichtlijn. De Raad erkent dat de maatregel logisch is in het kader van het stelsel zoals dat is vormgegeven in de Zvw. De Raad legt daarbij de verantwoordelijkheid voor belemmeringen in de toegang tot zorg bij niet-gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieders bij de verzekerde zelf. Daarbij geeft de Raad aan dat een goede werking van de markt zal leiden tot meer polisvariatie, ook voor contracten met zorgaanbieders over de grens. Wel vraagt de Raad aandacht voor de randvoorwaarden: het voorgestelde artikel 13 Zvw betekent een versterking van de met het stelsel beoogde marktwerking maar hiervoor is wel nodig dat de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt functioneren zoals bedoeld. In dit verband wijst de Raad erop dat toezicht daarop essentieel is. De regering onderschrijft dit.

De Raad van State signaleert ook dat de uitzonderingen op artikel 13 Zvw de spanning met de Richtlijn verminderen en dat het wetsvoorstel in grote lijnen aansluit bij de Patiëntenrichtlijn. De Raad van State merkt op dat, voor zover de regering de bedoeling heeft gehad met dit wetsvoorstel de Richtlijn te implementeren, die implementatie op het punt van de extramurale zorg nog onduidelijk te vinden. De regering heeft niet de bedoeling gehad met het wetsvoorstel de Richtlijn te implementeren, maar om het stelsel te laten werken zoals beoogd opdat de resultaten met betrekking tot kwaliteit en betaalbaarheid verbeteren. Ook voor wat betreft de beperking van de toegang tot niet-gecontracteerde grensoverschrijdende zorg geldt dat de die belemmering eerder voortvloeit uit de keuze van de verzekerde voor een naturapolis, dan uit de wet zelf.

Verder concludeert de Raad van State met betrekking tot de discussie rondom de vrije artskeuze dat er geen redenen zijn om aan te nemen dat het voorgestelde systeem niet verenigbaar zou zijn met het EU-handvest voor de grondrechten en het Europees Sociaal Handvest. Naar het oordeel van de regering heeft de Raad van State met deze voorlichting een aantal vraagpunten en onduidelijkheden kunnen wegnemen over de Europeesrechtelijke aspecten van het wetsvoorstel. De Raad levert daarmee een zeer waardevolle aanvulling met betrekking tot de parlementaire discussie over dit wetsvoorstel.

Het bevreemdt de leden van de CDA fractie dat in één wetsontwerp drie zeer ongelijksoortige, belangrijke onderwerpen worden geregeld. Heeft de regering overwogen deze onderdelen in aparte wetten aan het parlement voor te leggen?

De leden van de CDA-fractie merken terecht op dat dit wetsvoorstel belangrijke onderwerpen regelt. De regering is echter anders dan de leden van de CDA-fractie van mening dat er wel degelijk inhoudelijke samenhang bestaat tussen de verschillende onderdelen. Bij de keuze voor een op vraagsturing gebaseerd zorgstelsel is van meet af aan duidelijk geweest dat het succes ervan in belangrijke mate afhankelijk zou zijn van voldoende risicodragendheid van zorgaanbieders en verzekeraars, en van voldoende en tijdige kwaliteitstransparantie van de aangeboden zorg. Zowel het verbod op verticale integratie als de wijziging van artikel 13 Zvw vormen een belangrijke bijdrage aan het versterken van deze randvoorwaarden. Zowel door het verbod op verticale integratie als door de wijziging van artikel 13 Zvw wordt bevorderd dat verzekeraars voor hun verzekerden de beste zorg inkopen. Het verbod op verticale integratie bevordert dit doordat het risico wordt uitgesloten dat een verzekeraar verwijst naar de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft op basis van een bedrijfseconomisch belang bij het behalen van voldoende volume. De

wijziging van artikel 13 Zvw bevordert dit doordat zorgverzekeraars niet langer worden gedwongen niet-gecontracteerde zorg te vergoeden, zodat zij scherper kunnen inkopen op basis van prijs en kwaliteit. Bovendien ondersteunt het verbod op verticale integratie de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw. Het niet verstrekken of het verstrekken van een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, zou niet acceptabel zijn wanneer de verzekeraar alleen of vooral aanbieders zou hebben gecontracteerd waarin hij zeggenschap heeft. Daarmee zou een verzekerde in de praktijk immers vastzitten aan de «eigen» aanbieders van de zorgverzekeraar, waarvan niet per definitie vaststaat dat zij beter of goedkoper zijn.

Ten aanzien van het onderdeel persoonsgebonden budget (pgb) heeft de Tweede Kamer bij de behandeling van het wetsvoorstel een motie van de leden Bergkamp c.s. aangenomen¹³. In die motie wordt de regering verzocht in overleg te treden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo, een belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget, over de manier waarop het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zvw verankerd kan worden. Afgesproken is om het Zvw-pgb wettelijk te verankeren. Vervolgens heeft de regering het wetsvoorstel met de tweede nota van wijziging zo aangepast, dat het hier nu deel van uitmaakt. Met het PGB kunnen verzekerden wijkverpleging inkopen. Zodoende vormt dit een extra keuzemogelijkheid naast de inkoop van wijkverpleging via de naturaverzekeraar. Het PGB valt buiten de werking van artikel 13 Zvw.

De leden van de CDA-fractie vernemen graag of de regering mogelijkheden ziet om eventueel één of twee van de onderwerpen wel, en op andere onderwerpen niet dit kalenderjaar al tot afronding te laten komen. Zij overwegen dat het niet ondenkbaar is dat de steun voor elk van de drie elementen niet even eenduidig is.

Een wetsvoorstel dat in behandeling is bij de Eerste Kamer kan uitsluitend worden gewijzigd door middel van een novelle. Aangezien deze eerst dient te worden behandeld door de Tweede Kamer, neemt dit teveel tijd in beslag om nog dit kalenderjaar tot een afronding van (onderdelen) van dit wetsvoorstel te komen.

Wel bevat het wetsvoorstel de bepaling dat de inwerkingtreding zal geschieden bij koninklijk besluit, waarin voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillende tijdstippen kunnen worden vastgesteld¹⁴. De Eerste Kamer kan eventueel het wetsvoorstel aanvaarden met de toezegging van de regering dat zij later een aanpassing door middel van een wetswijziging aan de Tweede Kamer zal voorstellen. De regering kan daarbij ook toezeggen dat de wet, of een bestreden onderdeel, in de tussentijd nog niet in werking treedt.

De regering acht het echter van groot belang dat alle onderdelen van het wetsvoorstel worden aanvaard, en gaat graag het debat aan met de leden van de Kamer om hen daarvan te overtuigen.

Voorts stellen de leden van de CDA fractie vast dat het onderhavig wetsontwerp geruime tijd in behandeling is geweest in de Tweede Kamer. Het voorstel is medio 2012 ingediend, terwijl de stemming in de Tweede Kamer ongeveer twee jaar later plaats vond. De Minister heeft begin 2014 de behandeling in de Tweede Kamer eigener beweging stop gezet, om het voorstel opnieuw te overwegen. De leden van de CDA fractie vragen zich af wat eigenlijk de aanleiding tot die heroverweging was, en wat is de uitkomst ervan. Zijn er de afgelopen twee jaren nieuwe inzichten, die tot

¹³ Tweede Kamer 2013–2014, 25 657, nr. 99.

¹⁴ Zie Artikel VI van dit wetsvoorstel.

aanpassing of heroverweging van de voorstellen zouden kunnen leiden? Zo ja welke?

Met het aanvaarden van de motie Bergkamp¹⁵ in december 2013 heeft de Tweede Kamer de regering verzocht in overleg te treden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo over de manier waarop de bouwstenen van het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zorgverzekeringswet (Zvw) verankerd worden. Dat overleg heeft geleid tot afspraken over de inzet van een pgb in de Zvw¹⁶, wat er in de kern op neer kwam dat zorgverzekeraars in hun zorgpolissen de mogelijkheid opnemen dat cliënten die daarvoor kiezen een Zvw-pgb krijgen. Met ZN en Per Saldo is afgesproken om het Zvw-pgb een wettelijke basis te geven. Er is in het voorjaar 2014 een nota van wijziging ingediend¹⁷ om het Zvw-pgb in de Zvw te verankeren, hierdoor is de wetsbehandeling uitgesteld. Op dit moment zijn er geen nieuwe inzichten die tot aanpassing of heroverweging van de voorstellen zouden kunnen leiden.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of er thans al situaties van verticale integratie bekend zijn, en zo ja hoe veel.

Het precieze aantal gevallen van verticale integratie is niet bekend. Zorgverzekeraars zijn immers nog niet verplicht om hun verticale samenwerking en/ of deelnemingen in zorgaanbieders in het jaarverslag op te nemen. De NZa rapporteerde in een speciale rapportage 2009 en sinds 2012 jaarlijks in de marktscan zorgverzekeringsmarkt over bekende gevallen zoals vermeld in jaarverslagen en uitvoeringsverslagen van verzekeraars en zorgaanbieders over voorgaande jaren.

Het gaat in de rapportage overigens niet altijd om verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel, maar om «verticale relaties» in bredere zin. Bij verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel gaat het uitsluitend om zeggenschap over een zorgaanbieder of het zelf leveren van zorg vanuit de eigen rechtspersoon. In de rapportage worden daarnaast verticale relaties in beeld gebracht zoals een minderheidsparticipatie of een samenwerkingsverband tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zolang deze vormen van verticale samenwerking niet leiden tot feitelijke of juridische zeggenschap, staat het verbod op verticale integratie hieraan niet in de weg. In sommige gevallen hebben zorgverzekeraars deelgenomen in meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd. Uit de rapportages van de NZa kan tevens worden opgemaakt dat het merendeel van de zorgverzekeraars activiteiten in de vorm van verticale samenwerking ontplooit. In de marktscan zorgverzekeringsmarkt uit 2014, waarin bekende gevallen van verticale samenwerking tot en met het jaar 2012 opgenomen zijn, laat zien dat het activiteitsniveau niet is afgenomen. In onderstaande tabel wordt een recent overzicht gegeven van de gevallen van verticale samenwerking die de NZa heeft opgetekend. De meeste deelnames en samenwerkingsverbanden hebben tot doel de eerste lijn te versterken, innovatie te financieren of preventie te bevorderen.

¹⁵ Kamerstukken TK 2013–2014, 25 657, nr. 99.

¹⁶ Kamerstukken TK 2013–2014, 25 657, nr. 104.

¹⁷ Kamerstukken TK 2013–2014, 33 362, nr. 12.

Concern	Organisatie 2010	Organisatie 2011	Organisatie 2012	Soort zorg of dienst
Achmea	Diagnostisch Centrum Amsterdam Geneticom	NB	NB	Diagnostiek Laboratoriumonderzoek
De Friesland	Sportstad Heerenveen BV		Sportstad Heerenveen BV Stichting BPN	10,5% eigenaar appartementsrecht zorgboulevard Abe Lenstra Stadion Samenwerkingsverband personenvervoer
DSW	DSW Apotheken	DSW Apotheken	DSW Apotheken	Geneesmiddelenverstrekking
	De Regionale Commissie Gezondheidszorg Nieuwe Waterweg Noord			Versterking van de regionale samenwerking zorginstellingen
	Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL)	Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL)	Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL)	Huisartsenzorg
	Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG)	Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG)	Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG)	Eerstelijns zorgaanbieders
	Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis	Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis	Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis	Ziekenhuiszorg en innovatieve zorgprojecten
ENO	Trajectzorg Nederland	Trajectzorg Nederland	Trajectzorg Nederland	GGZ
	Regizorg	Regizorg	Regizorg	Samenwerking met gemeente voor WMO
	Stichting Els	Stichting Els	Stichting Els	Eerstelijns zorgaanbieders
Menzis	ZorgPunt Holding	Zorgpunt BV	Zorgpunt BV	Eerstelijns zorgaanbieders
	Apotheken	BV Apotheek Azivo	BV Apotheek Azivo	Geneesmiddelenverstrekking
	Koala	Menzis Zorgaanbod	Menzis Zorgaanbod	Zorg op afstand Organisatie en ontwikkeling nieuwe zorgconcepten
		BV Gezondheidscentrum asielzoekers	BV Gezondheidscentrum asielzoekers	Huisartsenzorg binnen asielzoekerscentra
		BV Azivo Zorgservice	Gilde Healthcare Services	Hulpmiddelenverstrekking Den Haag
			Holland Ventures Zorg Innovaties	Beleggingsfonds in zorgaanbieders

Concern	Organisatie 2010	Organisatie 2011	Organisatie 2012	Soort zorg of dienst
			Health Economic Fund van LSP.	Beleggingsfonds in zorgaanbieders
				Beleggingsfonds in zorgaanbieders
VGZ	Regionaal Instituut voor Dyslexie B.V		NB	Zorg bij taalproblemen
	Samenwerkingsverbanden t.b.v. ketenzorg en zorg voor ouderen	Samenwerkingsverbanden t.b.v. ketenzorg en zorg voor ouderen w.o. Transmuraal Netwerk Midden Holland; Drechtzorg; Pact van Bleskensgraaf en Savelberg; Levensloopbestendig Gouda		Ketenzorg/zorg voor ouderen.
	Diabetesvereniging Nederland.	Diabetesvereniging Nederland.		Website ter ondersteuning zelfmanagement patiënten
		AstmaFonds		Samenwerking vereniging ter verbetering kwaliteit longzorg.
		Care2u		Software voor begeleiding chronisch zieken
		PsyHealthDirect		Psychologische zorg
CZ		Stichting CbusineZ	Stichting CbusineZ	organisatie met als doel ontwikkeling en vernieuwing in de zorgsector als mede oprichting, financiering en deelname in ondernemingen

De leden van de CDA-fractie vragen of er ervaringen bekend zijn met bestaande gevallen van verticale integratie in Nederland en of er gewenste dan wel ongewenste gevolgen van die integratie bekend zijn.

Over ervaringen met bestaande gevallen van verticale samenwerking en/of integratie is nog weinig bekend. Er bestaat op dit moment nog geen verplichting voor zorgverzekeraars, AWBZ aanbieders en zorgkantoren om openbaar te maken bij welke zorgaanbieders zij direct en in welke mate invloed hebben op het bestuur van een zorgaanbieder en in welke zorgaanbieders zij direct en in welke mate financiële belangen hebben. De NZa inventariseert periodiek – op basis van jaarverslagen van zorgaanbieders – welke vormen van verticale relaties er bestaan tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar daarbij is niet altijd duidelijk of er sprake

is van zeggenschap. De NZa houdt op dit moment ook geen actief toezicht op verticale integratie, omdat er nog geen verbod is.

De leden van de CDA-fractie vragen of het verbieden van nieuwe, en het aanvaarden van bestaande gevallen van verticale integratie geen rechtsongelijkheid oplevert.

Nieuwe gevallen van verticale integratie zijn straks op basis van dit vooraf kenbare wetsvoorstel verboden, tenzij er grond is voor ontheffing. Dat is enerzijds in het geval wanneer een zorgverzekeraar binnen het bestaande zorgaanbod niet kan voldoen aan zijn zorgplicht en verticale integratie daar wel in kan voorzien, en anderzijds wanneer verticale integratie noodzakelijk is voor een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder om een gezamenlijk initiatief voor vernieuwing in de praktijk te brengen. Dat die verticale integratie later weer afgebouwd moet worden is dan ook in de ontheffing al kenbaar. Overigens verbiedt het wetsvoorstel niet alle vormen van verticale samenwerking, zoals bijvoorbeeld het nemen van een minderheidsbelang. Zolang er geen sprake is van feitelijke of juridische zeggenschap, staat het verbod op verticale integratie hieraan niet in de weg.

De regering is van mening dat zij organisaties die op de inwerkingtredingsdatum van het verbod op verticale integratie al verticaal geïntegreerd zijn, niet tot ontmanteling moet verplichten. Aangezien het verbod op verticale integratie in zulke gevallen niet zal hebben bestaan op het moment waarop verticaal geïntegreerd werd, zou zij daarmee immers minder betrouwbaar over komen en levert dit mogelijk strijd op met beginselen van behoorlijk bestuur. Bovendien zouden hierbij, gezien artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM, mogelijk schadeloosstellingskwesties gaan spelen. Een en ander laat uiteraard onverlet, dat bestaande situaties van verticale integratie wel kunnen worden aangepakt indien daar vanuit het mededingingsrecht aanleiding toe bestaat of sprake zou zijn van situaties van aanmerkelijke marktmacht. Overigens is er op dit moment slechts in beperkte mate sprake van verticale integratie.

De regering motiveert het verbod op verticale integratie vooral met de vrees dat een zorgaanbieder waarin een zorgverzekeraar doorslaggevende invloed heeft, in zijn beleid en bedrijfsvoering tot oneigenlijke afwegingen komt, waarbij niet de kwaliteit en doelmatigheid van het zorgaanbod, maar een bedrijfseconomische optimalisering voorop staat. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering duidelijk kan maken waarom deze vrees voor een onjuiste afweging van belangen wel reden is om een doorslaggevende zeggenschap voor een zorgverzekeraar te verbieden, maar niet de doorslaggevende zeggenschap van een private investeerder? Anders gezegd, waarom kunnen de mechanismen die moeten borgen dat een zorgaanbieder die in private handen is, een verantwoord zorgaanbod blijft realiseren, niet gelden voor een aanbieder die in handen van een zorgverzekeraar is? Hoe goed zijn die borgingsmechanismen, als ze in het ene geval wel, en in het andere geval niet werkzaam zouden zijn?

Het grote verschil tussen beide situaties is dat de zorgverzekeraar in het geval hij zorg afneemt bij een zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft, twee potentieel tegengestelde belangen moet afwegen. Enerzijds het belang van de verzekerde (goede zorg tegen een scherpe prijs), en anderzijds het bedrijfseconomische belang van de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft. Dit belangenconflict doet zich niet voor wanneer de verzekeraar zorg inkoopt die in handen is van een private investeerder. In dat geval kan de zorgverzekeraar als inkoper ongehinderd de belangen van zijn verzekerden behartigen door scherp in te kopen op kwaliteit en prijs.

Het belang van de private investeerder is eenduidig gericht op de financiële gezondheid en stabiliteit van de zorgaanbieder. Onderzoek wijst uit dat zorginstellingen met risicodragend vermogen in de medisch-specialistische zorg meer prikkels hebben om hun bedrijfsvoering efficiënter te maken, en bovendien een belang hebben om uit te blinken in dienstverlening, kwaliteit en transparantie. Hiermee kunnen zij immers patiënten naar zich toe trekken. Bovendien bevat het wetsvoorstel Vergroten Investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg een aantal voorwaarden welke investeerders met een korte termijn winstdoelstelling zullen afschrikken om risicodragend kapitaal te investeren in zorgaanbieders.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering de functie van het zorginhoudelijk toezicht op de professionals ziet, via hun beroepsvereniging, het tuchtrecht en de IGZ-inspectie, en de rol van de NZa? Is het bestaande zorginhoudelijk toezicht in zijn geheel onvoldoende waarborg tegen de door de regering gevreesde onjuiste belangenafweging?

De regering vindt het zorginhoudelijk toezicht op professionals van groot belang voor het borgen van de kwaliteit van het zorgaanbod. Beroepsverenigingen, het tuchtrecht, de IGZ en de NZa spelen daarbij allemaal een onderscheiden rol. De vrees voor een onjuiste belangenafweging richt zich in het geval van verticale integratie echter met name op de zorgverzekeraar. Als een zorgverzekeraar zeggenschap verwerft in een (belangrijke) zorgaanbieder in een bepaald gebied of regio, dan zou er een neiging kunnen zijn de eigen verzekerden zoveel mogelijk naar deze eigen zorgverlener te sturen. Daarmee heeft de verzekeraar bijvoorbeeld geen belang bij het inkopen van nieuwe innovatieve toetredende aanbieders omdat daarmee de concurrent in het zadel wordt geholpen. De regering is van mening dat de zorgverzekeraar zorg moet contracteren omdat deze van goede kwaliteit en doelmatig is, niet omdat hij er een bedrijfseconomisch belang bij heeft dat er voldoende volume wordt gehaald door de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft. Zoals hieronder wordt uiteengezet, kan het bestaande zorginhoudelijk toezicht hier niet tegen optreden.

Ook in het geval dat een zorgverzekeraar zeggenschap heeft in een zorgaanbieder, zal de IGZ toezien dat er door deze zorgaanbieder verantwoorde en veilige zorg wordt verleend, conform de wettelijke vereisten op dat gebied. Ook de professionals zelf, de beroepsverenigingen en het tuchtrecht hebben daarbij hun verantwoordelijkheden. De NZa verricht – op grond van bestaande bevoegdheden – een zorgspecifieke fusietoets voor concentraties waarbij tenminste één zorgaanbieder betrokken is waar tenminste vijftig mensen zorg verlenen.¹⁸ Deze fusietoets wordt uitgevoerd vanuit het oogpunt van zorgvuldige belangenafweging ten aanzien van kwaliteit en bereikbaarheid voorafgaand aan concentraties in de zorg, zowel horizontaal als verticaal. De NZa, kort samengevat, toetst of cliënten, personeel en andere betrokkenen door de partijen met een fusievoornemen zorgvuldig zijn betrokken bij het fusieproces. Onder zorgvuldig moet in ieder geval worden verstaan: tijdig en op begrijpelijke wijze. De NZa zal hierbij expliciet inzoomen op de aandacht die door partijen met een concentratievoornemen is besteed aan het betrekken van cliënten en personeel. Daarnaast zal de NZa bezien of op grond van de voorgenomen fusie de continuïteit van cruciale zorg in gevaar komt. Echter, de NZa kan met dat instrument een voorgenomen verticale integratie slechts verbieden indien de cliënten, het personeel en andere belanghebbenden onvoldoende (serieus) bij het voornemen tot concen-

¹⁸ Artikel 49 a Wet marktordening gezondheidszorg.

tratie zouden zijn betrokken, indien ten gevolge van de concentratie de continuïteit van de zorg in gevaar zou komen of indien in de rapportage onvoldoende aandacht zou zijn besteed aan de overige hiervoor opgesomde punten. Een concentratie van een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder zou niet kunnen worden tegengehouden vanwege het risico van een minder objectieve en suboptimale belangenbehartiging, door de zorgverzekeraar, van de zorginkoop ten behoeve van zijn verzekerden. Daarnaast kunnen concentraties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders met minder dan vijftig hulpverleners überhaupt niet worden verboden omdat de zorgspecifieke fusietoets niet voor kleine zorgaanbieders geldt. De NZa kan de ACM bij voorgenomen fusies adviseren over de verwachte gevolgen voor de kwaliteit of de bereikbaarheid.

Overigens heeft de NZa momenteel vaak geen bevoegdheid om vooraf op te treden tegen voorgenomen verticale integratie door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa kan – nadat verticale integratie heeft plaatsgevonden – ook eventueel optreden wanneer een partij op de zorgmarkt aanmerkelijke marktmacht heeft.¹⁹ Optreden bij aanmerkelijke marktmacht kan zelfs voordat er misbruik van de aanmerkelijke marktmachtspositie plaatsvindt. De NZa is voorts gebonden aan de uitleg die de ACM aan een aantal relevante wettelijke bepalingen²⁰ geeft, alsook aan de uiteindelijke mededingingsrechtelijke beoordeling van de voorgenomen fusie. De regering acht het echter, zoals hiervoor ook al werd aangegeven, mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een (al dan niet potentiële) beperking van de mededinging. Daarbij valt vooral te denken aan het risico dat de zorgverzekeraar bij de zorginkoop ten gevolge van de verticale integratie de belangen van zijn verzekerden onvoldoende objectief of optimaal behartigt.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe groot de kans wordt geacht dat er een situatie zich voordoet waarbij een monopolie-positie aanwezig is, waarbij een zorgverzekeraar in een bepaalde regio bij alle zorgaanbieders of juist bij de enige aanbieder op zijn terrein een doorslaggevende zeggenschap heeft? Voorts vragen zij of er andere, eenvoudiger mogelijkheden zijn om dergelijke extreme, maar ongewenste situaties te voorkomen, dan het thans voorgestelde verbod op verticale integratie voor alle nieuwe situaties.

In het voorbeeld dat de leden van de CDA-fractie geven is sprake van een mededingingsvraagstuk in combinatie met doorslaggevende zeggenschap.

Marktaandelen per regio zijn niet alleszeggend. Een verzekerde in een regio waar een zorgverzekeraar een hoog marktaandeel heeft, kan uit andere landelijk werkende zorgverzekeraars kiezen. Dan is het niet waarschijnlijk dat zorgverzekeraars zich onafhankelijk van hun concurrenten of verzekerden kunnen gedragen. De verzekerden hebben immers alternatieven. Indien er desalniettemin een zorgverzekeraar is die misbruik maakt van een economische machtspositie of die de ontwikkeling van de concurrentie zou kunnen belemmeren door aanmerkelijke marktmacht, waarbij de verzekerde of patiënt tekort gedaan wordt, dan zullen de verantwoordelijke toezichthouders optreden op basis van de artikelen uit de Mw en Wmg²¹. Deze situatie heeft zich echter nog niet voorgedaan. De kans op een monopolie van een zorgverzekeraar lijkt derhalve niet heel groot. Zowel de ACM en de NZa zijn op dit punt waakzaam. Voor zover de

¹⁹ Artikel 48 Wet marktordening gezondheidszorg.

²⁰ Artikel 18, lid 4, Wet marktordening gezondheidszorg.

²¹ Artikel 24 Mededingingswet en artikel 47 en 48 Wet marktordening gezondheidszorg.

NZa die signaleert rapporteert de NZa daarover in het uitvoeringsverslag van de Zvw dat reeds jaarlijks wordt uitgebracht.

Het mededingingstoezicht van de ACM en het toezicht van de NZa rond aanmerkelijke marktmacht kunnen uitsluitend in worden gezet als de mededinging wordt beperkt of dreigt te worden beperkt en kunnen geen verticale integratie voorkomen. Wel kan dit instrumentarium worden ingezet tegen het in het voorbeeld genoemde monopolie.

Met het verbod op verticale integratie wordt voorkomen dat zorgverzekeraars directe dan wel indirecte zeggenschap verkrijgen in zorgaanbieders of zelf vanuit de eigen rechtspersoon zorg verleent. Voor het begrip zeggenschap wordt aangesloten bij de uitleg van artikel 26 van de Mw, wat in lijn is met de Europeesrechtelijke definitie van verticale integratie. Voor zeggenschap is van belang of de zorgverzekeraar op grond van feitelijke of juridische omstandigheden een beslissende invloed uit kan oefenen op de zorgaanbieder, onafhankelijk van de rechtsvorm van de aanbieder. Deze zeggenschap kan bijvoorbeeld aanwezig zijn indien de zorgverzekeraar belangrijke strategische beslissingen met betrekking tot die zorgaanbieder kan nemen, bijvoorbeeld door het wijzigen van de statuten van de stichting of het benoemen van het merendeel van de bestuursleden. Ook in het genoemde voorbeeld van een monopolie van een zorgverzekeraar is het aan de toezichthouder en de rechter om te bepalen of er sprake is van verticale integratie, mocht daarover onduidelijkheid bestaan in een individueel geval. Alleen economische afhankelijkheid is vooralsnog niet voldoende geweest om zeggenschap aan te tonen, dit hangt af van de omstandigheden van het geval.

De leden van de CDA-fractie stellen vast dat de Raad van State het voorgestelde verbod op verticale integratie een te zwaar middel vond, en vragen hoe de regering inmiddels, twee jaar na de indiening van de wet, deze opvatting beoordeelt.

De regering heeft een afweging gemaakt tussen verschillende mogelijke maatregelen. De regering heeft ook overwogen om verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders van geval tot geval te doen beoordelen door een onafhankelijke toezichthouder. Deze mogelijkheid werd ook geopperd in het Advies van de Raad van State. De regering acht uit het oogpunt van het vertrouwen in het stelsel dat bij de verzekerde en patiënt moet ontstaan en de wens om de schijn van belangenverstrengeling tegen te gaan elke vorm van verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder op dit moment onwenselijk, tenzij het één van de in deze wet geformuleerde uitzonderingen betreft. Alle andere vormen van verticale integratie van zorgverzekeraars met zorgaanbieders zou immers tot de door de regering nadelig geachte effecten leiden. Een vergunningstelsel anders dan het verbod met ontheffingsmogelijkheid zoals dat in dit wetsvoorstel is geformuleerd is daarom geen mogelijkheid. Ook twee jaar na indiening van het wetsvoorstel is de opvatting van de regering hierover niet veranderd. Het vertrouwen van de burger in de verzekeraar en in zijn handelen is ook twee jaar na indiening van het wetsvoorstel niet toegenomen. Ook is de analyse, dat het gebrek aan dynamiek in Nederland het probleem is en niet teveel dynamiek, ongewijzigd. Nog meer klontering van zorgverzekeraars en zorgaanbieders zal het zorgsysteem in zijn dynamiek bedreigen en daarmee ook de opbrengsten van het systeem in de vorm van betaalbaarheid en kwaliteit.

De leden van de CDA-fractie vragen of het denkbaar is dat de ACM en de NZa samen bij voorbeeld, met hun huidige instrumenten in staat zijn om te voorkomen dat er ongewenste gevallen van verticale integratie ontstaan, waarbij bij voorbeeld één aanbieder en verzekeraar in een regio

een dominante positie krijgen, of waarbij onvoldoende sprake van transparantie is.

Andere instrumenten dan dit wetsvoorstel, zoals het hiervoor benoemde mededingingstoezicht van de ACM en het toezicht van de NZa rond aanmerkelijke marktmacht, kunnen uitsluitend in worden gezet als de mededinging wordt beperkt of dreigt te worden beperkt en kunnen geen verticale integratie voorkomen. De ACM kan optreden bij fusies of bij misbruik van een economische machtspositie, terwijl de NZa bij aanmerkelijke marktmacht op kan treden. Alleen economische afhankelijkheid is vooralsnog niet voldoende geweest om zeggenschap aan te tonen, dit hangt af van de omstandigheden van het geval.

De leden van de CDA fractie vragen zich af welke bezwaren er zijn indien een zorgverzekeraar zelf, uiteraard transparant en herkenbaar, en niet verplichtend voor zijn verzekerden, een voorziening met zorgaanbod realiseert naast andere, concurrerende aanbieders.

De regering acht het op dit moment in de ontwikkeling van het zorgstelsel niet opportuun dat verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de zorg wordt toegestaan, ook niet wanneer er sprake zou zijn van heldere informatie over dergelijke relaties. Zorgverzekeraars hebben in het zorgstelsel een belangrijke regierol namens hun verzekerden en richting zorgaanbieders. Het is van groot belang dat verzekeraars zich in de eerste plaats laten leiden door het belang van hun verzekerde patiënten en niet het belang van de (eigen) zorgaanbieder of van een geïntegreerd consortium. Verzekerden moeten daarop kunnen vertrouwen. Verzekerden en patiënten moeten ook nog wennen aan het idee dat zorgverzekeraars selectiever zullen gaan contracteren, een proces dat verder versterkt wordt met de wijzing van artikel 13 Zvw. Ook dat is een belang om het wetsvoorstel te handhaven zoals het twee jaar geleden is opgesteld.

Zoals verschillende consumentenpanels van bijvoorbeeld het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) laten zien, baseren verzekerden hun keuze voor een zorgverzekering nog vooral op de prijs van de polis en niet op het gecontracteerde zorgaanbod of de kwaliteit daarvan. Veel verzekerden weten niet welk zorgaanbod gecontracteerd wordt en welke criteria de zorgverzekeraar daarbij hanteert. De komende jaren zal de transparantie rondom de zorginkoop van verzekeraars daarom sterk moeten verbeteren. Dit wetsvoorstel zet daarin belangrijke stappen. Patiënten moeten er daarom op kunnen vertrouwen dat de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders hun rol invullen op een wijze die voor de patiënt eenduidig en transparant is. Zelfs de schijn van een belang om patiënten naar de eigen zorgaanbieder te sturen, is ongewenst. Ook past het niet dat een zorgverzekeraar de eigen zorgaanbieder zou voortrekken bij de zorginkoop dan wel een andere zorgverzekeraar achter te stellen bij deze inkoop, door de eigen zorgaanbieder daartoe te instrueren.

De leden van de CDA-fractie menen dat bij innovatieprojecten het belang van de patiënt in het gedrang kan komen, en vragen hoe een correcte belangenafweging is verzekerd.

De regering is van mening dat innovaties in het belang van de patiënt moeten plaatsvinden. Innovaties kunnen bijdragen aan het bevorderen van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg. Daarnaast biedt het patiënten meer mogelijkheden om passende zorg te kiezen. Teneinde een ontheffing te verkrijgen van het verbod op verticale integratie zal de zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat het

vernieuwde zorgaanbod de invoering betreft van een dienst of behandeling met verbeterde kwaliteit voor de patiënt. De zorgverzekeraar zal dus moeten aantonen dat er sprake is van een nieuwe dienst of behandeling, en dat er sprake is van een verbetering voor de patiënt. Ook zal de zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat er verticale integratie vereist is om deze vernieuwing te verwezenlijken. De beslissing wordt genomen door een onafhankelijke toezichthouder, de NZa. De regering meent dat hiermee een correcte belangenafweging is gewaarborgd. De ontheffing is tijdelijk maar kan worden verlengd. Deze periode is lang genoeg om daadwerkelijk innovatief zorgaanbod van de grond te krijgen dat zelfstandig kan voortbestaan.

De leden van de CDA-fractie vragen of een vernieuwing welke tot stand is gebracht met behulp van een verzekeraar door middel van een tijdelijke ontheffing van het verbod op verticale integratie zal ophouden.

In het wetsvoorstel is gekozen voor een maximumperiode van de ontheffing op het verbod op verticale integratie van vier jaar. Deze termijn zal in principe voldoende moeten zijn om de desbetreffende zorg te verzelfstandigen om tot een volwaardige nieuwe vorm van zorgaanbod te komen. De zorgverzekeraar heeft daarna geen zeggenschap meer in de zorgaanbieder. Desalniettemin voorziet het wetsvoorstel in de eenmalige mogelijkheid tot verlenging met nog eens vier jaar. Dit kan nodig zijn, zoals de leden van de CDA-fractie terecht veronderstellen, omdat voor invoering van een vernieuwing soms een langere periode nodig is. De regering is van mening dat een periode van maximaal acht jaar ruim voldoende zou moeten zijn om initiatieven voor zorgvernieuwing te ontwikkelen, uit te testen en bij gebleken succes te implementeren. Overigens kan een zorgverzekeraar na deze periode betrokken blijven op andere manieren dan via verticale integratie, bijvoorbeeld door het afsluiten van meerjarige contracten of andersoortige samenwerkingsverbanden. Ook kan de zorgverzekeraar een aandeel houden in dit aanbod, zolang er geen sprake is van feitelijke of juridische zeggenschap.

De leden van de CDA-fractie vragen wat er gebeurt bij het verlopen van de termijn van de ontheffing en verticale integratie nodig is om het zorgaanbod te continueren.

In het wetsvoorstel is gekozen voor een maximumperiode van vier jaar. De ontheffing van vier jaar zal in principe voldoende moeten zijn om de desbetreffende zorg te verzelfstandigen, om tot een volwaardige nieuwe vorm van zorgaanbod te komen. De zorgverzekeraar heeft daarna geen zeggenschap meer in de zorgaanbieder. Desalniettemin voorziet het wetsvoorstel in de eenmalige mogelijkheid tot verlenging met nog eens vier jaar. De bewijslast om aan te tonen dat dit daadwerkelijk nodig is om aan de zorgplicht te voldoen, ligt bij de zorgverzekeraar. Daarna kan de verzekeraar nog altijd betrokken blijven, zolang er geen sprake is van feitelijk of juridische zeggenschap. De verzekeraar mag geen beslissende invloed kunnen uitoefenen op belangrijke strategische beslissingen met betrekking tot die zorgaanbieder.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering de wijziging van artikel 13 Zvw (het schrappen van het «hinderpaal criterium») nog steeds als een wijziging van redactionele aard beschouwd, mede gelet op de reacties vanuit de samenleving?

Eerder heeft de regering in de nota naar aanleiding van het verslag²² richting de Tweede Kamer aangegeven dat de enige inhoudelijke wijziging

²² Kamerstukken TK 2012–2013, 33 362, nr. 7.

met betrekking tot artikel 13 Zvw is dat de vergoeding op dit moment niet helemaal nihil mag zijn, terwijl dat na inwerkingtreding van het gewijzigde artikel 13 Zvw wel zal mogen. De regering heeft toen aangegeven dit geen majeure wijziging te vinden. Deze wijziging heeft inderdaad veel reacties vanuit de samenleving los gemaakt en inmiddels is het wetsvoorstel op een aantal punten aangepast.

Overigens wil de regering benadrukken dat het beeld dat is opgeroepen dat de voorgestelde wijziging leidt tot een beperking van de artsenuitvoering, onjuist is. De Raad van State heeft dat bevestigd. Die keuzevrijheid blijft bestaan. Door deze wijziging kan het stelsel werken conform de opzet die in 2006 is gekozen. Zorgverzekeraars houden de zorg betaalbaar en van hoge kwaliteit door daarop zorg in te kopen. Dit is de essentie van het systeem.

De leden van de CDA-fractie vragen zich ten principale af of vanuit het grondwettelijk recht op gezondheidszorg niet moet worden afgeleid dat de burger het fundamentele recht heeft om zelf zijn zorgverlener te kiezen, waarbij zijn verplichte verzekering hem in ieder geval voor een groot deel in de (marktconforme) kosten daarvan schadeloos stelt. De leden van de CDA-fractie zijn van mening, dat de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener, vaak onontbeerlijk voor een herstel van de patiënt, het beste tot zijn recht komt wanneer de patiënt zelf zijn of haar arts kiest. Zij vernemen graag de opvatting van de regering over de vraag of uit de betekenis en de erkenning van de vertrouwensrelatie door de wetgever niet ook worden moet worden afgeleid dat er een recht op de eigen keuze van de arts is?

De Grondwet erkent het recht van een ieder op gezondheidszorg. De overheid dient in verband daarmee geschikte maatregelen te treffen om te voorzien in voldoende aanbod van zorg. In samenhang daarmee is van belang dat ook de financiële toegang tot de zorg is geborgd. In Nederland wordt aan deze verplichting voldaan door een samenhangend stelsel van wettelijke regelingen, waarbij de financiële toegankelijkheid voor de «cure» is geborgd via de Zvw. Binnen de Zvw heeft de wetgever voorzien in een scala van polisvarianten, in te vullen door de private zorgverzekeraar, zij het onder publiekrechtelijke randvoorwaarden, waaruit de verzekerde vrij kan kiezen, gekoppeld aan een acceptatieplicht van de zorgverzekeraars en een verbod op premiedifferentiatie binnen eenzelfde polis.

Op geen enkele wijze vloeit uit de Grondwet voort dat iedereen altijd vrij moet kunnen kiezen van welke zorgaanbieder men gebruik wenst te maken. Evenmin verplicht de Grondwet de overheid tot borgen van een volledig vrije artsenuitvoering.

De in de Zvw neergelegde zorgplicht van de zorgverzekeraar houdt in dat de verzekeraar moet zorgen voor voldoende gecontracteerd zorgaanbod op redelijke afstand van de verzekerde. Als de verzekeraar niet aan die zorgplicht heeft voldaan, heeft de verzekerde op grond van het voorgestelde artikel 13 Zvw aanspraak op een vergoeding van het volle bedrag van de in rekening gebrachte kosten van zorg. Dat geldt ongeacht de omvang van de polisaanspraken en ongeacht de voor die polis overeengekomen premie. Vertrouwensrelaties tussen arts en patiënt kunnen in veel gevallen van belang zijn, maar kunnen ook worden opgebouwd met zorgaanbieders binnen het zorgaanbod. Het komt regelmatig voor dat patiënten behandelingen moeten voortzetten bij andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld bij verhuizing, praktijkbeëindiging of pensionering van de zorgaanbieder of na beëindiging van een contract. Overigens voorziet artikel 13 Zvw er in het laatste geval in dat recht op vergoeding blijft bestaan als een overeenkomst tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en een aanbieder is beëindigd nadat de zorg of andere dienst waaraan de verzekerde behoefte had, al bij die zorgaanbieder was

aangevangen. Hieraan ligt overigens niet de eerbiediging van de vertrouwensrelatie tussen verzekerde en behandelaar ten grondslag, maar wel de rechtszekerheid van het opgewekte vertrouwen van de verzekerde ten aanzien van zijn zorgverzekeraar en het contract dat bij de zorgverzekeraar was gesloten. De vrije artsenkeuze is gegarandeerd doordat de burger kan kiezen welke polis hij neemt. Neemt hij een naturapolis dan kiest de verzekerde ervoor om de voorselectie van het zorgaanbod aan de verzekeraar te laten. Daarmee maakt de verzekerde gebruik van de kennis van de verzekeraar van de kwaliteit van het zorgaanbod. De contractvoorwaarden kunnen worden doorberekend in de kosten van de polis, waarmee de verzekerde ook de financiële voor- en nadelen kan afwegen. Doordat de zorgtoeslag op dezelfde wijze als nu wordt berekend (op het gemiddelde van de nominale premie) staat ook de keuze voor andere polissen open (restitutie, combipolissen).

De leden van de CDA-fractie stellen dat in het wetsontwerp voor een aantal eerstelijns zorgverleners, zoals de huisarts, het recht op vrije keuze wordt herkend. Deze leden vragen of dit betekent dat de verzekeraar straks in alle gevallen, of de zorgverlener nu door hem gecontracteerd is of niet, de kosten van de behandeling vergoedt. Indien dit het geval is, vragen de leden van de CDA-fractie zich af of de betekenis van contracteren in deze gevallen nog is en of alle zorg die deze zorgverleners leveren altijd wordt vergoed.

De vergoedingsregeling voor de genoemde zorgvormen in artikel 13aa Zvw blijft aansluiten bij de huidige regeling in artikel 13 Zvw, waarbij in de memorie van toelichting is gesteld dat de omvang van de vergoeding niet zodanig mag zijn dat deze feitelijk verhindert dat de verzekerde niet-gecontracteerde zorg inroept. Ook voor deze uitgezonderde eerstelijns zorgaanbieders geldt dus dat contracteren nog wel degelijk een betekenis heeft. Op de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij deze vormen van zorg is het hinderpaalcriterium van toepassing. Overigens wil de regering benadrukken dat het beeld dat is opgeroepen dat de voorgestelde wijziging leidt tot een beperking van de artsenkeuze, onjuist is. De Raad van State heeft dat bevestigd.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de eerstelijns of basis GGZ niet is uitgezonderd van de wijziging van artikel 13 Zvw, juist gelet op het belang van een vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener in de GGZ.

Verzekerden kunnen ook met aanbieders, die vormen van zorg bieden die niet uitgezonderd zijn van de wijziging van artikel 13 Zvw, een vertrouwensband hebben, zoals met een psycholoog. De regering is echter geen voorstander van het maken van een uitzondering voor deze aanbieders gezien de afspraken die in de hoofdlijnenakkoorden voor de geestelijke gezondheidszorg zijn gemaakt. Samen met aanbieders, verzekeraars en patiënten zijn deze hoofdlijnenakkoorden gesloten. Zij hebben ingestemd met de wijziging van artikel 13 Zvw, om op die manier de doelstellingen uit de akkoorden te kunnen realiseren.

Een belangrijke doelstelling in het Hoofdlijnenakkoord GGZ is de ambulantisering. In 2020 moet eenderde van de intramurale bedden zijn afgebouwd ten opzichte van 2008. Deze zorg wordt ambulant geleverd in de buurt. Dat betekent dat er heel veel werk zal afkomen op de eerstelijns psychologische zorg. Gebrek aan werk ligt dan ook niet in de lijn der verwachtingen. Wel is er regie nodig in de opbouw van de eerstelijns GGZ die hiervan het gevolg is. Daarom is het cruciaal dat de verzekeraar afspraken kan maken in de contracten over de organisatie, de kwaliteit, de extra aandacht, etcetera die nodig is om deze transitie goed te laten verlopen.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan aangeven hoe patiënten die in hun keuze met name ook hun identiteit of religieuze achtergrond willen betrekken, tegemoet worden gekomen. Juist in de sfeer van de GGZ kan identiteit immers een belangrijke overweging in het bepalen van de keuze zijn.

Levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond en godsdienstige gezindheid kunnen onderdeel van een integrale aanpak bij de zorgverlening zijn. In het voorliggende wetsvoorstel is een artikel opgenomen waarmee zorgverzekeraars de verplichting krijgen om informatie openbaar te maken over de wijze waarop zij bij de zorginkoop rekening houden met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van verzekerden. De verzekerde kan bij de keuze voor een zorgverzekering rekening houden met het beleid van de verzekeraar op dat terrein.

De leden van de CDA-fractie vragen een reactie van de regering op situaties waarin de ruimte om naar eigen wens een zorgverlener te kiezen op het moment dat dat aan de orde is, niet groot of niet aanwezig is. Het betreft situaties als; gezonde verzekerden die rekening moeten houden met voorkeuren ten aanzien van zorgaanbieders, waarvan nog niet vast staat of men hem nodig heeft; (langdurig) zieke verzekerden waarvoor de overstap naar een andere verzekeraar in praktijk niet zo eenvoudig is; verzekerden die (bij voorbeeld in verband met verschillende aandoeeningen) een beroep wil doen op twee of meer zorgverleners van zijn voorkeur, waarvan de ene wel, en de andere niet is gecontracteerd.

Verzekerden dienen zich, voordat zij een keuze maken voor een zorgverzekering, goed te informeren over de inhoud van de zorgverzekering (natura, combinatie of restitutie), het gecontracteerde aanbod en de vergoedingen die van toepassing zijn indien men zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wil wenden. Verzekerden dienen er rekening mee te houden, dat zij mogelijk op het moment van het afsluiten van de zorgverzekering gezond zijn, maar dat de situatie kan veranderen in de nabije toekomst. En ook dienen zij een afweging te maken indien zij van meerdere zorgaanbieders gebruik willen maken. De veronderstelling dat het voor (langdurig) zieke verzekerden niet eenvoudig is om over te stappen, onderschrijft de regering niet. Bij sommige verzekerden bestaat de angst om niet geaccepteerd te worden of een hogere premie te moeten gaan betalen indien zij overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Het rapport over de evaluatie Zvw²³ meldt dat dit voor 15% van de ouderen en chronisch zieken een belangrijke reden is om niet te wisselen van verzekeraar. In de praktijk blijkt echter dat maar vier van de 35 labels (merknamen) van zorgverzekeraars aanvullende vragen stellen voorafgaand aan toelating bij het afsluiten van een aanvullende verzekering. Alhoewel dus wel degelijk de perceptie bestaat bij sommige verzekerden (met name bij ouderen en chronisch zieken) dat het niet aanwezig zijn van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering de keuzevrijheid van de verzekerde aantast, lijkt dit in de praktijk nauwelijks het geval te zijn. Overigens geldt voor zorgaanbod waarvoor veel aanbieders zijn dat de verzekeraar in het kader van zijn zorgplicht ook voldoende keuze moet contracteren. Voor iedereen geldt dat er bijzondere vormen van zorg zijn waarvoor keuzevrijheid niet van toepassing is.

De leden van de CDA-fractie vragen zich voorts af, of de marktwerking niet zou worden versterkt, indien verzekerden vaker dan eens per jaar kunnen overstappen. Hoe ziet de regering dat?

²³ Kamerstukken TK 2014–2015, 29 689, nr. 545.

Het is op dit moment reeds mogelijk dat een zorgverzekeraar in de polis opneemt dat een verzekerde op elk moment kan opzeggen, dit vloeit voort uit het Burgerlijk Wetboek. De commissie Don die de evaluatie van het risicovereveningssysteem heeft geëvalueerd²⁴, heeft destijds echter geoordeeld dat een ongeclausuleerde tussentijdse opzegmogelijkheid een verkapte methode is om het risico op het ontstaan van schade op de concurrenten af te wentelen (verzekerden kunnen kiezen voor de meest goedkope polis (ongeacht het zorgaanbod) door op het moment dat zij ziek worden over te stappen naar een andere verzekeraar (polis). Naar aanleiding van de evaluatie van de commissie Don hebben de verzekeraars, die de tussentijdse opzegmogelijkheid in hun polissen aanboden, besloten deze mogelijkheid per 2013 niet meer toe te passen. Het tussentijds opzeggen kan ook in het licht van de opsporing van verzekeringsplichtige onverzekerden tot ongewenste effecten leiden. Immers, op deze manier kan een verzekeringsplichtige verzekerde op elk moment opzeggen en gedurende een periode van drie tot maximaal zes maanden onverzekerd zijn. De regering is vanwege deze nadelige effecten dan ook geen voorstander om de mogelijkheid tot het tussentijds overstappen aan te moedigen. De verzekerde heeft uiteraard wel het recht om de verzekering op te zeggen als er een wijziging optreedt in de polisvoorwaarden ten nadele van de verzekerde.

De leden van de CDA-fractie vragen of verzekerden als collectief hun verzekeraar ook kunnen dwingen of aansporen om bepaalde zorgverleners te contracteren. Deze leden stellen dat verzekeraars er weliswaar naar streven om rekening met de wensen van hun klanten te houden, maar er op dit punt weinig verplichtend is geregeld. De leden van de CDA fractie vragen hoe de regering dit ziet. In hoeverre is er echt sprake van de regie van de patiënt?

De regering vindt het van belang dat verzekerden een stem hebben in het beleid van hun verzekeraar. Artikel 28 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar in zijn statuten waarborgen moet bieden voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid. Zorgverzekeraars geven hier invulling aan via een ledenraad of verzekerdenraad.

De manieren waarop verzekerden invloed uitoefenen is echter niet beperkt tot dit artikel van de Zvw. Collectiviteiten bieden verzekerden de mogelijkheid om zich tegenover de verzekeraar te organiseren en zo de rol van «countervailing power» te vervullen. Op deze manier kunnen verzekerden niet alleen lagere premies afdwingen, maar ook in gesprek met de verzekeraar invloed uitoefenen op het gecontracteerde zorgaanbod of de inhoud van het aanvullende pakket. Ook hebben verzekerden jaarlijks de mogelijkheid om over te stappen naar een andere verzekeraar. De grootste invloed wordt uitgeoefend door collectiviteiten die dreigen met overstappen, aangezien hier grote aantallen verzekerden mee zijn gemoeid, zo blijkt uit de evaluatie Zorgverzekeringswet 2014²⁵. Daarnaast is de regering momenteel bezig met de voorbereiding van een initiatief om de zeggenschap van de verzekerde te versterken. Naar aanleiding van de aangenomen motie van Tweede Kamerlid Slob tijdens de behandeling van onderhavig wetsvoorstel, wordt door de regering met verzekeraars gesproken over de invulling van de motie. Daarnaast zal de Raad voor Volksgezondheid en Zorg eind 2014 het signalement «Governance bij zorgverzekeraars» publiceren, waarin invloed van verzekerden een belangrijk thema is. Op basis van de gevoerde gesprekken en de aanbevelingen in het signalement zal de regering de Tweede Kamer zo snel mogelijk informeren over de uitwerking van de motie.

²⁴ Kamerstukken TK 2011–2012, 29 689, nr. 391.

²⁵ Kamerstukken TK 2014–2015, 29 689, nr. 545.

Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie of er onderzoek is gedaan naar de motieven van verzekerden als zij overstappen naar een andere verzekeraar en indien dit het geval is, tot welke conclusies dat heeft geleid.

In de evaluatie van de Zorgverzekeringswet 2014²⁶ wordt gerapporteerd over de redenen voor verzekerden om wel of niet over te stappen. Hieruit kwam naar voren dat 52,8% van de overstappers de premie noemt als de belangrijkste reden om over te stappen. Daarnaast worden de dekking van de aanvullende verzekering (15,6%), collectiviteitskorting (11,0%), welkomstacties (6,9%) en zorginkoop (3,8%) door overstappers genoemd als reden. Door de verzekerden die niet overstapten wordt «het geen voordelen zien van overstappen» het vaakst genoemd (38%) als reden om niet over te stappen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering de machtsverhoudingen, en de positie van de verzekeraar en de verzekerde weegt in gevallen waar de verzekeraar een dominante positie heeft.

Een dominante positie van een zorgverzekeraar in een bepaalde regio betekent niet per se dat de zorgverzekeraar ongestoord zijn gang kan gaan. Een verzekerde in een regio waar een zorgverzekeraar een hoog marktaandeel heeft, kan uit andere landelijk werkende zorgverzekeraars kiezen. Deze prikkel maakt het onwaarschijnlijk dat zorgverzekeraars zich onafhankelijk van hun concurrenten of verzekerden kunnen gedragen. De verzekerden hebben immers alternatieven.

Indien er desalniettemin een zorgverzekeraar is die misbruik maakt van een economische machtspositie of die de ontwikkeling van de concurrentie zou kunnen belemmeren door aanmerkelijke marktmacht en daarbij de verzekerde of patiënt tekort doet, dan zullen de verantwoordelijke toezichthouders optreden op basis van de artikelen uit de Mw en Wmg²⁷. Deze situatie heeft zich echter nog niet voorgedaan. Zowel de ACM en de NZa zijn op dit punt waakzaam. Voor zover de NZa marktmacht signaleert rapporteert de NZa daarover in het uitvoeringsverslag van de Zvw dat reeds jaarlijks wordt uitgebracht.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering om een reactie op de stellingname dat het van belang blijft dat de cliënt zelf regie kan nemen, bij voorbeeld via zijn keuze voor de zorgaanbieder, zonder dat hij daarbij beperkingen ten aanzien van de vergoeding vanuit zijn ziektekostenverzekering als een hinderpaal moet beschouwen.

Ook met de wijziging van artikel 13 Zvw kan een verzekerde zelf de regie nemen. Om te beginnen kan de verzekerde jaarlijks zelf de keuze maken voor een zorgverzekering. Bij deze keuze bepaalt de verzekerde of hij kiest voor een naturapolis waarbij het gecontracteerde aanbod in principe leidend is, maar de verzekerde ook kan kiezen voor niet-gecontracteerde zorg tegen een lagere of zonder vergoeding. Of dat hij kiest voor een volledige restitutiepolis waarbij verzekerde zorg van alle aanbieders vergoed wordt, of voor een combinatie daarvan. Daarnaast zal de verzekerde die kiest voor een naturapolis ook voldoende keuze tussen gecontracteerde zorgaanbieders houden, de zorgverzekeraar dient immers voldoende zorg in te kopen om aan zijn zorgplicht te voldoen.

De leden van de CDA-fractie vragen of er ruimte blijft voor een restitutiepolis en dan met een tarief dat niet al te zeer afwijkt van de tarieven voor een naturapolis.

²⁶ Kamerstukken TK 2014–2015, 29 689, nr. 545.

²⁷ Artikel 24 Mededingingswet en artikel 47 en 48 Wet marktordening gezondheidszorg.

De regering ziet af van het voornemen om de restitutiepolis af te schaffen binnen de Zvw. De wijziging van artikel 13 van de Zvw doet niets af aan de geldigheid van artikel 11 van de Zvw waarin is geregeld dat verzekeraars aan hun zorgplicht kunnen voldoen door zorg in natura aan te bieden via een naturapolis of een vergoeding kunnen verstrekken voor zorg via een restitutiepolis. Er blijft dus ruimte voor een restitutiepolis bestaan in de Zvw.

Op dit moment is het verschil tussen de goedkoopste naturapolis en de goedkoopste restitutiepolis op jaarbasis 60 euro. De verwachting is dat het premieverschil zal gaan toenemen doordat naturaverzekeraars door de wijziging van artikel 13 Zvw nog beter kunnen sturen op prijs, kwaliteit en doelmatigheid, in tegenstelling tot restitutieverzekeraars die hier minder goed op kunnen sturen. Hoe groot die premieverschillen worden is niet vooraf in te schatten. De opbrengsten van het systeem worden dus beter. Dat is nodig om de zorg betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden bij een vergrijzende bevolking met meer chronisch zieken en dus een sterk stijgende zorgvraag.

De leden van de CDA-fractie vragen of keuzevrijheid slechts voor hogere inkomens blijft bestaan en vragen of de regering dat een wenselijke ontwikkeling vindt. Zo nee, hoe is dat dan te voorkomen? Is het denkbaar dat een bandbreedte of een maximum tarief voor de restitutiepolis in basisvorm wordt geïntroduceerd?

Keuzevrijheid wordt niet bepaald door de grootte van de beurs. Verzekerden met een inkomen onder een bepaald niveau hebben recht op zorgtoeslag. Deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico). Mensen met een laag inkomen worden dus niet gedwongen om een naturapolis waarbij selectief is gecontracteerd af te sluiten. De regering vindt het tevens onverstandig om een maximale bandbreedte of maximale premie in te voeren voor de restitutiepolis. Ook binnen de naturapolis zal voldoende keuze overblijven. Vanuit concurrentieoogpunt zullen er ook naturaverzekeraars zijn die een breed aanbod blijven contracteren, verzekerden kunnen immers stemmen met de voeten. De verzekeraar heeft daarnaast een zorgplicht en zal ook vanuit dat oogpunt voldoende zorg moeten contracteren. Een bandbreedte zal de opbrengsten van het systeem beperken, wat gezien de sterk oplopende vraag naar zorg erg onverstandig is.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de meningen over de vraag of de voorgestelde bepalingen in strijd met het Europees recht zijn, uiteen blijven lopen. De Raad van State lijkt de regering te volgen in haar opvatting dat er van strijdigheid geen sprake is, maar andere juristen betogen met grote stelligheid dat er wel sprake is van strijdigheid. Over het verbod op verticale integratie heeft de regering uitvoerig met de Europese Commissie overlegd, maar uit de stukken blijkt niet of dat ook ten aanzien van artikel 13 is gebeurd. Indien dat niet is gebeurd vragen deze leden waarom hier niet voor is gekozen.

De regering is van mening dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw niet in strijd is met Europees recht. Naar aanleiding van het verzoek van de Eerste Kamer om voorlichting van de Raad van State over onder andere dit punt heeft ook de Raad geconcludeerd dat de voorgestelde regeling in grote lijnen aansluit bij het stelsel van de Patiëntenrichtlijn. De Europese Commissie geeft met enige regelmaat op verzoek van de regering haar zienswijze over de Europeesrechtelijke aspecten van nieuw beleid. Die zienswijze gaat altijd vergezeld van de mededeling dat het de zienswijze van de Commissie betreft en dat een uiteindelijk oordeel over de verenigbaarheid van nationale wetgeving met het Europees recht aan

het Hof van Justitie is voorbehouden. Over artikel 13 Zvw is, binnen een meer algemeen kader van een technisch overleg over de implementatie van de Patiëntenrichtlijn, ambtelijk overleg gevoerd tussen ambtenaren van de Europese Commissie (DG SANCO) en ambtenaren van het Ministerie van VWS. Hierbij is met name ingegaan op de vraag of ten aanzien van buitenlandse, niet-gecontracteerde zorgaanbieders, sprake is van het belemmeren van het vrij verkeer van diensten. Ook bij dit overleg werd, zoals te doen gebruikelijk, aangegeven dat het laatste woord is voorbehouden aan het Europese Hof van Justitie. Er zijn ook geen conclusies getrokken.

Naar aanleiding van dit informele overleg en gelet op het feit dat de zienswijze van de Commissie geen definitief uitsluitsel kan geven, heeft de regering geen aanleiding gezien om nader overleg te plegen met de Commissie over dit aspect van het wetsvoorstel, danwel om de Commissie te vragen om een zienswijze.

Het is nu te verwachten dat kort na de eventuele aanvaarding van de wet een eerste proefproces voor het Europees Hof zal volgen. Hoe ziet de regering dat en hoe wenselijk acht de regering een dergelijk proefproces, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Belanghebbenden kunnen niet uit eigen beweging een proces bij het Europees Hof van Justitie starten. Wel is het mogelijk dat, indien de Eerste Kamer instemt met het wetsvoorstel, een geschil met betrekking tot het gewijzigde artikel 13 Zvw voor een Nederlandse rechter wordt gebracht. De rechter kan er in zo'n geschil voor kiezen om prejudiciële vragen aan het Europees Hof van Justitie te stellen over de uitlegging van Europees recht in relatie tot Nederlandse wetgeving. Verder kan de Europese Commissie er uit eigen beweging of op basis van een klacht van een betrokkene voor kiezen om een zogeheten infractieprocedure tegen de Nederlandse regering te starten indien ze van oordeel is dat Nederlandse wetgeving in strijd is met Europees recht. Een dergelijke infractieprocedure kan uitlopen in een zaak bij het Europees Hof.

De regering is van oordeel dat het voorgestelde artikel 13 Zvw geen strijd oplevert met Europees recht en ziet daarom geen toegevoegde waarde in een dergelijk proces. Overigens ziet de regering een eventueel proces met vertrouwen tegemoet.

De leden van de CDA-fractie vragen of poliklinische zorg tot de specifieke situatie van grensoverschrijdende, planbare, extramurale zorg behoort. Zij vragen de regering om een zienswijze over de verenigbaarheid van de wet en de Europese regels.

De regering kan niet aangeven of grensoverschrijdende poliklinische zorg als zodanig tot de planbare grensoverschrijdende zorg behoort die volgens de Patiëntenrichtlijn aan voorafgaande toestemming mag worden onderworpen. Dat hangt immers van de behandeling af. Voor de regering is niet zonder meer duidelijk aan welke behandelingen de Europese wetgever heeft gedacht. Aangezien de regering niet voornemens is een wettelijke toestemmingsvereiste in te voeren, is een eventuele nadere wettelijke invulling van dit begrip ook niet aan de orde.

Voor wat betreft de verenigbaarheid van de wet met de Europese regelgeving, heeft de regering aangegeven, dat de wijziging van artikel 13 Zvw niet in strijd is met het Europese recht. De regering is zich ervan bewust dat er naar zijn aard een zekere mate van spanning bestaat tussen het Nederlandse stelsel van zorgverzekering enerzijds en anderzijds de Patiëntenrichtlijn en het daarin verwerkte vrij verkeer van diensten met betrekking tot buitenlandse zorgaanbieders en het daaruit voortvloeiende vrij verkeer van patiënten, met name ten aanzien van vormen van niet aan

planningseisen onderworpen vormen van extramurale, grensoverschrijdende zorg.

Echter, het stelsel van de Zvw brengt mee dat beperkingen voor het patiëntenverkeer voortvloeien uit hetgeen de zorgverzekeraar en de verzekerde in de polis overeenkomen. Ook de Raad van State merkt dit in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014 op.

De regering is zich er eveneens van bewust, dat kan worden betoogd dat het aan het voorgestelde artikel 13 Zvw ten grondslag liggende uitgangspunt dat bij een naturapolis de vergoeding voor behandelingen bij niet-gecontracteerde instellingen in een andere lidstaat door de verzekeraar mag worden vastgesteld en zelfs op nihil gesteld mag worden, in strijd komt met het uitgangspunt van de Richtlijn in artikel 7 dat de prestaties die binnenslands worden vergoed, ook bij behandelingen in een andere lidstaat op gelijke voet moeten worden vergoed. De regering erkent ook dat kan worden betoogd dat het voorgestelde artikel 13 Zvw toestaat dat verzekerden met een naturapolis in een situatie komen, dat zij zich de facto niet naar een andere lidstaat kunnen begeven voor een behandeling, omdat de zorgverzekeraar geen contracten heeft gesloten met zorgverleners in andere lidstaten, en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zodanig heeft vastgesteld, dat het inroepen van niet-gecontracteerde zorg – of dat nu in Nederland of elders in Europa is – financieel onaantrekkelijk is voor de verzekerde.

In dit verband is echter van belang dat het Nederlandse stelsel niemand verplicht zich aan te sluiten bij een bepaalde verzekeraar en ook niemand verplicht zich te verzekeren voor een polis met een beperkte of zelfs geen vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

Voor de verzekerde zijn voldoende reële alternatieven voorhanden in de vorm van een andere polis (bijvoorbeeld een restitutiepolis) of het sluiten van zijn zorgverzekering bij een andere verzekeraar. Naar de mening van de Nederlandse regering doen mogelijke Europeesrechtelijke belemmeringen door de wetgeving als zodanig zich dan ook niet voor. Belemmeringen die er zijn, zijn het gevolg van de door de verzekerde zelf gemaakte keuzes ten aanzien van het soort polis. De vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in het buitenland is voor een naturapolishouder niet gelijk aan de vergoeding die zorgverzekeraar betaalt aan een door hem (wel) gecontracteerde zorgaanbieder binnen Nederland, maar binnen de gekozen polis is de vergoeding gelijk, ongeacht de plaats waar de niet-gecontracteerde zorg wordt ingeroepen, in binnen- of buitenland. Hiermee is voldaan aan artikel 7, vierde lid van de Richtlijn.

In dit verband is ook van belang artikel 7, zevende lid, van de Patiëntenrichtlijn, dat de lidstaten onder andere de mogelijkheid biedt voorwaarden te stellen aan het vrije verkeer van patiënten, mits deze objectief gerechtvaardigd zijn door eisen inzake planning waarmee wordt beoogd om een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van hoogwaardige behandeling in de betrokken lidstaat te waarborgen of de wens de kosten in de hand te houden en elke verspilling van financiële, technische en menselijke middelen zo veel mogelijk te voorkomen. Het Nederlandse stelsel van marktwerking en selectieve inkoop heeft dit laatste mede als doel. De selectieve inkoop door zorgverzekeraars in het private stelsel is in belangrijke mate ingegeven door de wens om op die wijze te komen tot grotere efficiëntie in de zorg en een efficiëntere inzet van collectieve middelen in de zorg.

De conclusie van de regering luidt alles overwegende dan ook dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw past binnen de Europese regelgeving.

De leden van de CDA-fractie vragen of de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt nu functioneren zoals beoogd.

In de evaluatie van de Zorgverzekeringswet 2014²⁸ is het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt punt van aandacht geweest. Geconcludeerd is dat er geen sprake is van een disbalans op de zorgverzekeringsmarkt tussen verzekerde en zorgverzekeraar. Dit blijkt uit het terugvloeien van een deel van het positieve resultaat naar de verzekerden, de relatief hoge waardering van verzekeraars door verzekerden, de geleverde kwaliteit door zorgverzekeraars en de lagere beheerskosten ten opzichte van de ziekenfondstijd. Hiernaast concludeert de NZa in haar toezichtrapporten dat zorgverzekeraars de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht nakomen, dit zijn belangrijke elementen voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt.

Met betrekking tot het functioneren van de zorginkoopmarkt wordt in de evaluatie geconcludeerd dat de machtsbalans op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in disbalans is ten faveure van sommige zorgaanbieders. Uiteraard zijn er regionale verschillen waarneembaar en geldt de disbalans ten faveure van aanbieders niet voor kleinere aanbieders in de eerste lijn. Aanbieders ervaren in de eerstelijns weinig onderhandelingsruimte. De onderzoekers geven aan dat dit niet als bezwaarlijk hoeft te worden beschouwd zolang de voordelen hiervan worden doorgegeven aan de verzekerde.

Het voorliggende wetsvoorstel sluit aan bij aanbevelingen die in de evaluatie van de Zorgverzekeringsmarkt 2014 worden gedaan om deze balans te verbeteren. De verzekeraars kunnen juist door deze wetswijziging hun beoogde rol beter oppakken en waarmaken. Zij kunnen na inwerkingtreding van de wetswijziging scherper op prijs en kwaliteit inkopen ten behoeve van de patiënt en dragen op deze wijze bij aan het beter functioneren van de zorginkoopmarkt.

Hiernaast bevelen de onderzoekers aan om de kwaliteitstransparantie te verhogen. Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is essentieel voor het functioneren van het stelsel. Bij de zorginkoop is ruimte voor verbetering ten aanzien van het aspect kwaliteit. Bij de gestelde vragen over kwaliteitstransparantie wordt nader op dit onderwerp ingegaan.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie de regering naar haar opinie ten aanzien van het commentaar van de Raad van State op dat voor een goede werking van het stelsel «wel aan enkele voorwaarden moet worden voldaan». De Raad geeft aan dat hier niet zonder meer aan voldaan wordt.

De Raad van State heeft in haar advies aangegeven dat het huidige artikel 13 Zvw een belemmering is voor het goed functioneren van het stelsel. Ook zonder een contract krijgt de aanbieder immers nog voldoende patiënten, de rekening wordt immers grotendeels vergoed. De Raad signaleert echter ook dat de ongelijke onderhandelingspositie tussen kleine zorgaanbieders en grote zorgverzekeraars met dit wetsvoorstel wordt vergroot, omdat zorgaanbieders nog meer afhankelijk worden van contracten met verzekeraars. De Raad vindt het daarom logisch dat in het wetsvoorstel ook eisen worden gesteld aan het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, zoals non-discriminatie en transparantie. Dit laat echter onverlet dat effectief toezicht op de mededingingsverhoudingen en daadkrachtig optreden door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) noodzakelijk zullen zijn. Dit stelt hoge eisen aan de ACM en de NZa.

²⁸ Kamerstukken TK 2014–2015, 29 689, nr. 545.

In reactie op de opmerking van de Raad van State wijst de regering op de recent verschenen evaluatie van de Zvw²⁹. Hierin wordt met betrekking tot het functioneren van de zorginkoopmarkt geconcludeerd dat de machtsbalans op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in disbalans is ten faveure van sommige zorgaanbieders. De onderzoekers wijzen op een gebrek aan macht van zorgverzekeraars om aanbieders te dwingen op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit betere prestaties te leveren. Om de «*balance of power*» op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseert KPMG onder andere om artikel 13 van de Zvw aan te passen. Door de wijziging van artikel 13 wordt het voor verzekeraars beter mogelijk selectief in te kopen en hun verzekerden te sturen naar gecontracteerd aanbod, waarbij op prijs en kwaliteit wordt gelet. De regering is dus van mening dat door deze maatregel een betere balans zal ontstaan in de marktmacht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Uiteraard zijn er regionale verschillen waarneembaar en geldt de disbalans ten faveure van aanbieders niet voor kleinere aanbieders in de eerste lijn. Aanbieders ervaren in de eerste lijn weinig onderhandelingsruimte. De onderzoekers geven aan dat dit niet als bezwaarlijk hoeft te worden beschouwd zolang de voordelen hiervan worden doorgegeven aan de verzekerde. Om de druk op verzekeraars te vergroten legt de wetswijziging aan de verzekeraar extra verplichtingen op, zoals over het tijdig publiceren van het zorginkoopbeleid en -procedure, en over het kwaliteitsbeleid. Verzekeraars worden zodoende gestimuleerd om tijdig contracten te sluiten met zorgaanbieders en de transparantie tegenover verzekerden te vergroten.

De regering merkt op dat het Ministerie van VWS dit voorjaar een rondgang heeft georganiseerd door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprek gingen met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Met name eerstelijns aanbieders hebben daar hun zorgen geuit over het contracteringsproces door de zorgverzekeraar. Tijdens de ronde bleek echter ook dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. Ik verwijs u graag naar een brief van 22 juli 2014³⁰ waarin voorbeelden van dergelijke initiatieven staan geschetst. De komende periode zal de regering initiatieven nemen om de ruimte voor samenwerking maximaal te verkennen en deze best practices te verspreiden.

De regering wijst er voorts op dat de markttoezichthouders NZa en ACM toezicht houden op de zorgmarkt. In de zorgmarkten bestaat een aantal mogelijke vormen van marktfalen, zoals het ontstaan van marktmacht. Marktmacht kan de ontwikkeling van concurrentie en de vrije markt beperken en is daarom onwenselijk. Bij marktfalen kan overheidsingrijpen noodzakelijk zijn, zolang dit ingrijpen proportioneel is ten opzichte van het nagestreefde doel.

Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft de NZa onder meer mogelijkheid om het instrumentarium aanmerkelijke marktmacht (AMM) in te zetten. Daarbij kan de NZa zorgaanbieders of zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen, waaronder een contracteerplicht of een prijsplafond.

In aanvulling op dit sectorspecifieke toezicht is het generiek mededingingstoezicht van toepassing. Zodra er sprake is van een onderneming onder de Mededingingswet (hierna: Mw) heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) een toezichthoudende rol. De ACM grijpt in op grond van de Mw indien gedragingen van en tussen ondernemingen de concurrentie

²⁹ KPMG Plexus, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag, juni 2014.

³⁰ EK, 2013–2014, 33 253, J.

en de keuzevrijheid voor patiënten of verzekerden belemmeren. Dit betreft overtreding van het kartelverbod, misbruik van economische machtspositie of een significante beperking van de mededinging als gevolg van concentraties.

In de recente evaluatie van de Wmg en de NZa is door Andersson Elffers Felix (AEF) vastgesteld dat de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht het standpunt inneemt dat verkoopmacht (marktmacht van zorgaanbieders) schadelijker is dan inkoopmacht (marktmacht van zorgverzekeraars), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars ten goede komt aan de consument. Klachten over inkoopmacht worden door de NZa vrijwel standaard afgewezen. Dit beleidsuitgangspunt is naar het oordeel van AEF echter gestoeld op aannames die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn, onder andere door de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en selectief contracteren. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven monitoren en bij te stellen wanneer wetgeving of marktomstandigheden veranderen. Gelet op deze aanbeveling van AEF zal de NZa haar beleidsuitgangspunt tegen het licht houden en waar nodig bijstellen dan wel haar keuze beter toelichten.

De Raad van State schetst de verhouding tussen verzekerde, zorgverzekeraar en zorgaanbieder in ons stelsel als een driehoek. Dat klopt in zoverre er tussen elk van de partijen een relatie is. Echter, de verzekeraar is in het stelsel in wezen «slechts» een intermediair tussen verzekerde/cliënt en aanbieder. De voornaamste relatie is die tussen aanbieder en cliënt. De andere relaties zijn er in functie van deze relatie. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering deze zienswijze deelt? In dat kader, zo stelt ook de regering, zal de verzekeraar steeds het belang van de verzekerde voorop moeten stellen. In hoeverre verwacht de regering dat dit ook daadwerkelijk zal gebeuren? Zorgverzekeraars kunnen, als grote organisaties, en als deel van nog grotere concerns, ook eigen belangen ontwikkelen. In de organisatiekunde wordt het bestaan/ontstaan van die eigen dynamiek van organisaties algemeen erkend. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering dat ziet en hoe kan worden voorkomen dat deze dynamiek gaat prevaleren boven het belang van de verzekerde/cliënt.

De regering is van mening dat het belang van de verzekerde en patiënt centraal moet staan in het zorgstelsel. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het stelsel. Zij kopen namens hun verzekerden zorg in waarbij ze scherp moeten letten op prijs, om zo de premie betaalbaar te houden voor hun verzekerden. Daarnaast moeten zij ook kwaliteitsaspecten scherp in de gaten houden om aan de zorgplicht jegens hun verzekerden te kunnen voldoen. Het belang van de verzekeraar is hier dus identiek aan het belang van de verzekerde als premiebetaler en als patiënt. Zolang positief resultaat van de zorgverzekeraar wordt aangewend voor de verlaging van premies, het versterken van hun financiële positie (buffers) of investeren in zorg, zoals dat in de huidige situatie het geval is, en verzekeraars daarnaast de acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht nakomen, ziet de regering dan ook geen aanwijzingen voor de door de leden van de CDA fractie geschetste inzichten uit de organisatiekunde. De regering ziet die gevaren wel indien verzekeraars verticaal integreren met zorgaanbieders en stelt daarom ook een verbod terzake voor.

De leden van de CDA-fractie stellen dat het directe toezicht op het functioneren van de verzekeraar vanuit het perspectief van de cliënt niet bijzonder sterk is geregeld. Verzekeraars dienen dit in hun statuten vast te leggen, maar dat is verder vormvrij. De leden van de CDA-fractie vragen

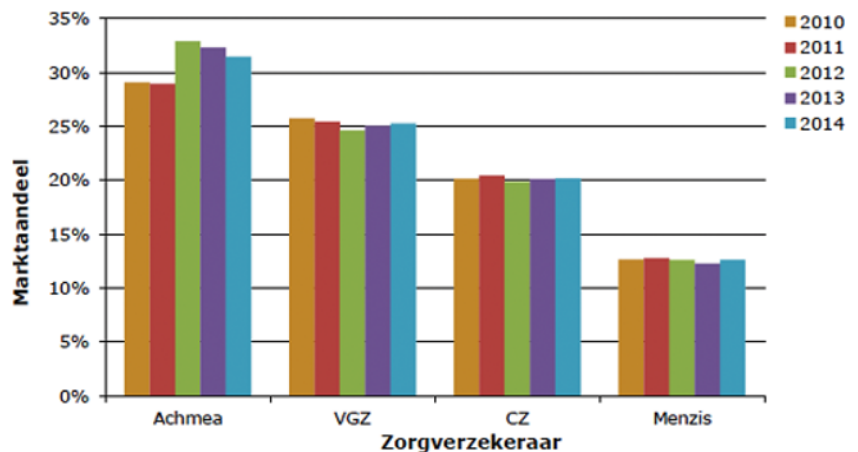
zich af of verzekerden wel in staat zijn om grote verzekeraars scherp te houden en vragen hoe de regering dit ziet.

De regering vindt het belang dat verzekerden een stem hebben in het beleid van hun verzekeraar. Artikel 28 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar in zijn statuten waarborgen moet bieden voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid. Zorgverzekeraars geven hier invulling aan via een ledenraad of verzekerdenraad.

Naar aanleiding van de aangenomen motie van Tweede Kamerlid Slob tijdens de behandeling van onderhavig wetsvoorstel om de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars te versterken, spreekt de regering momenteel met verzekeraars over de invulling van de motie. Daarnaast zal de Raad voor Volksgezondheid en Zorg eind 2014 het signalement «Governance bij zorgverzekeraars» publiceren, waarin invloed van verzekerden een belangrijk thema is. Op basis van de gevoerde gesprekken en de aanbevelingen in het signalement zal de regering de Tweede Kamer zo snel mogelijk informeren over de uitwerking van de motie.

De leden van de CDA-fractie wijzen naar de opmerkingen van de Raad van State dat een gering aantal grote verzekeraars bijna de gehele verzekeringsmarkt in handen heeft, tegenover een veel groter aantal kleiner en grotere aanbieders. Daarmee kan van aanmerkelijke marktmacht sprake zijn. Deze leden vragen welk percentage van de verzekeringsmarkt in handen is van de vier grootste conglomeraten van zorgverzekeraars. Deelt de regering de zorg van de Raad van State, en zo ja, wat kan worden gedaan om tot een machtsevenwicht tussen verzekeraars en aanbieders te komen?

Uit de «Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014» van de NZa blijkt dat de grootste vier zorgverzekeraars een gezamenlijk marktaandeel hebben van 89,6%. Onderstaande grafiek toont de ontwikkeling van de marktaandelen over de afgelopen 5 jaar.



In reactie op de opmerking van de Raad van State wijst de regering op de recent verschenen evaluatie van de Zvw³¹. Hierin wordt met betrekking tot het functioneren van de zorginkoopmarkt geconcludeerd dat de machtsbalans op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in disbalans is ten faveure van sommige zorgaanbieders. De onderzoekers wijzen op een gebrek aan macht van zorgverzekeraars om aanbieders te

³¹ KPMG Plexus, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag, juni 2014.

dwingen op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit betere prestaties te leveren. Om de «*balance of power*» op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseert KPMG onder andere om artikel 13 van de Zvw aan te passen. Door de wijziging van artikel 13 wordt het voor verzekeraars beter mogelijk selectief in te kopen en hun verzekerden te sturen naar gecontracteerd aanbod, waarbij op prijs en kwaliteit wordt gelet. De regering is dus van mening dat door deze maatregel een betere balans zal ontstaan in de marktmacht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Uiteraard zijn er regionale verschillen waarneembaar en geldt de disbalans ten faveure van aanbieders niet voor kleinere aanbieders in de eerste lijn. Aanbieders ervaren in de eerste lijn weinig onderhandelingsruimte. De onderzoekers geven aan dat dit niet als bezwaarlijk hoeft te worden beschouwd zolang de voordelen hiervan worden doorgegeven aan de verzekerde. Om de druk op verzekeraars te vergroten legt de wetswijziging aan de verzekeraar extra verplichtingen op, zoals over het tijdig publiceren van het zorginkoopbeleid en -procedure, en over het kwaliteitsbeleid. Verzekeraars worden zodoende gestimuleerd om tijdig contracten te sluiten met zorgaanbieders en de transparantie tegenover verzekerden te vergroten.

De regering merkt op dat het Ministerie van VWS dit voorjaar een rondgang heeft georganiseerd door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprek gingen met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Met name eerstelijns aanbieders hebben daar hun zorgen geuit over het contracteringsproces door de zorgverzekeraar. Tijdens de ronde bleek echter ook dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. Ik verwijs u graag naar een brief van 22 juli 2014³² waarin voorbeelden van dergelijke initiatieven staan geschetst. De komende periode zal de regering initiatieven nemen om de ruimte voor samenwerking maximaal te verkennen en deze best practices te verspreiden.

De regering wijst er voorts op dat de markttoezichthouders NZa en ACM toezicht houden op de zorgmarkt. In de zorgmarkten bestaat een aantal mogelijke vormen van marktfalen, zoals het ontstaan van marktmacht. Marktmacht kan de ontwikkeling van concurrentie en de vrije markt beperken en is daarom onwenselijk. Bij marktfalen kan overheidsingrijpen noodzakelijk zijn, zolang dit ingrijpen proportioneel is ten opzichte van het nagestreefde doel.

Op basis van de Wmg heeft de NZa onder meer mogelijkheid om het instrumentarium aanmerkelijke marktmacht (AMM) in te zetten. Daarbij kan de NZa zorgaanbieders of zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen, waaronder een contracteerplicht of een prijsplafond.

In aanvulling op dit sectorspecifieke toezicht is het generiek mededingingstoezicht van toepassing. Zodra er sprake is van een onderneming onder de Mw heeft de ACM een toezichthoudende rol. De ACM grijpt in op grond van de Mw indien gedragingen van en tussen ondernemingen de concurrentie en de keuzevrijheid voor patiënten of verzekerden belemmeren. Dit betreft overtreding van het kartelverbod, misbruik van economische machtspositie of het significante beperking van de mededinging als gevolg van concentraties.

In de recente evaluatie van de Wmg en de NZa is door Andersson Elffers Felix (AEF) vastgesteld dat de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht het standpunt inneemt dat verkoopmacht (marktmacht van zorgaanbieders) schadelijker is dan inkoopmacht (marktmacht van

³² EK, 2013–2014, 33 253, J.

zorgverzekeraars), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars ten goede komt aan de consument. Klachten over inkoopmacht worden door de NZa vrijwel standaard afgewezen. Dit beleidsuitgangspunt is naar het oordeel van AEF echter gestoeld op aannames die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn, onder andere door de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en selectief contracteren. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven monitoren en bij te stellen wanneer wetgeving of marktomstandigheden veranderen. Gelet op deze aanbeveling van AEF zal de NZa haar beleidsuitgangspunt tegen het licht houden en waar nodig bijstellen dan wel haar keuze beter toelichten.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de positie van de zorgverzekeraars juist in het kader van die contractuele relatie niet te sterk is geworden, zeker als daar ook nog eens het zorgkantoor als verlengstuk van de zorgverzekeraars bij komt. De leden van de CDA-fractie achten de aansturing van deze zorgkantoren in het geheel niet transparant en vragen hoe de regering dat ziet. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering nog eens apart in kan gaan op de aansturing van, en het toezicht op de zorgkantoren.

De uitvoering van de Wlz wordt opgedragen aan Wlz-uitvoerders. De Wlz-uitvoerder mag geen winst beogen, moet een eigen rechtspersoonlijkheid hebben die valt binnen een (juridische) groep waarvan ten minste één zorgverzekeraar deel uitmaakt. De Wlz-uitvoerder is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor zijn eigen verzekerden, en heeft de taken zorginkoop en zorgbemiddeling direct opgedragen gekregen. De taken administratie en pgb zijn direct opgedragen aan het zorgkantoor, daar draagt de Wlz-uitvoerder dus geen verantwoordelijkheid voor. Per regio wordt een Wlz-uitvoerder aangewezen als zorgkantoor. De regering verwacht dat de Wlz-uitvoerders die in een bepaalde regio niet het aangewezen zorgkantoor zijn, hun taken – met name de zorginkoop en het adviseren en bemiddelen van cliënten naar zorg – voor hun verzekerden die in de desbetreffende regio wonen uitbesteden aan het zorgkantoor. De Wlz-uitvoerders blijven echter eindverantwoordelijk, ook wanneer zij taken uitbesteden aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor zal zich voor deze taken dan ook moeten verantwoorden aan de individuele Wlz-uitvoerders. Op deze manier ontstaat er een opdrachtgeverrelatie, die zowel de Wlz-uitvoerder als het zorgkantoor scherp houdt. Dit is een verbetering ten opzichte van de AWBZ. De NZa houdt vervolgens toezicht op de doel- en rechtmatige uitvoering van de Wlz. De NZa kijkt hierbij naar de zorgkantoren voor de administratie en pgb en naar de Wlz-uitvoerders voor de aan hen opgedragen taken. De regering beoogt met deze aansturing, verantwoordelijkheidsverdeling en manier van toezicht dat de uitvoering van de Wlz op een goede manier zal gebeuren waarbij de verschillende partijen elkaar scherp houden.

De leden van de CDA-fractie vragen of de NZa daadwerkelijk in staat is ook de concrete keuzes in de contractuele verhoudingen te toetsen en bewaken. Tevens vragen zij of het toezicht van de NZa zich niet eerder op stelselniveau en minder op concrete keuzes zal richten, nu juist in de contractuele relatie ook bedrijfseconomische- en organisatiebelangen van de verzekeraars een grote rol kunnen gaan spelen, naast of tegenover het belang van de verzekerden.

De NZa heeft als taken markttoezicht, toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. De NZa stelt bij de uitoefening van haar taken het algemeen

consumentenbelang voorop³³, wat uiteenvalt in de drie publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Heldere informatie over de inhoud van het zorgaanbod, de kwaliteit van de zorg en de prijs van het aanbod is essentieel voor een goede zorginkoop door verzekeraars en voor het keuzeprocess van verzekerden. Het stelsel is privaat, binnen publieke randvoorwaarden. Het contracteerproces is en blijft een privaatrechtelijke aangelegenheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het is de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om het zorginkoopbeleid vorm te geven. Wel krijgen zorgverzekeraars via het voorliggende wetsvoorstel een aantal transparantieplichtingen opgelegd (art 40a, b en c Wmg) en heeft de NZa de expliciete bevoegdheid regels te stellen ten aanzien van de informatieverplichting (art 40b lid 3 Wmg). De NZa zal jaarlijks rapporteren over de naleving van de informatieverplichtingen door zorgverzekeraars en over de ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop (art 32a WMG). De NZa kan tevens handhavend optreden indien zorgverzekeraars hun verplichtingen niet nakomen. Hiernaast heeft de zorgaanbieder de mogelijkheid om het zorginkoopproces, indien dit volgens de aanbieder niet verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir verloopt, te laten toetsen bij de civiele rechter.

De NZa constateert sinds 2012 in haar jaarlijkse marktscans en monitors dat het nieuwe zorgstelsel begint te werken zoals dat door de wetgever destijds is beoogd. Tegelijkertijd constateert de NZa dat er nog niet aan alle voorwaarden voor een goed werkend stelsel wordt voldaan. De regering is van mening dat dit wetsvoorstel bijdraagt aan het invullen van die voorwaarden op drie belangrijke punten: de invloed van een zorgverzekeraar op het beleid van zorgaanbieders, de stimulering van kwaliteit en doelmatigheid door selectieve inkoop door de wijziging van art. 13 Zvw en de introductie van een pgb in de Zvw.

De leden van de CDA-fractie stellen dat de verzekerde één keer per jaar van verzekeraar kan wisselen, maar betwijfelt in hoeverre hij op dat moment werkelijk zicht heeft op het aanbod en zijn keuzemogelijkheden. De leden van de CDA-fractie vragen om een reactie van de regering.

De zorgverzekeraar dient op dit moment reeds transparante informatie over de zorgverzekering (prijs, kwaliteit, voorwaarden) te verschaffen op basis van artikel 40 WMG. De NZa heeft in haar beleidsregel «informatieverstreking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014»³⁴ gepubliceerd op welke wijze invulling wordt gegeven aan het toezicht op art 40 WMG en aan welke transparantverplichtingen de zorgverzekeraar moet voldoen. Volgens de beleidsregel moet de verzekeraar op zijn website helderheid te verschaffen over welke zorgaanbieders door hem zijn gecontracteerd. Tevens zal de zorgverzekeraar op verzoek van verzekerden telefonisch informatie moeten verstrekken. De zorgverzekeraar krijgt met het voorliggende wetsvoorstel een grotere en expliciete prikkel om de verzekerde te informeren over het gecontracteerde aanbod. De wetswijziging schrijft voor dat de zorgverzekeraar zes weken voorafgaand aan het nieuwe jaar duidelijkheid dient te bieden over welke zorgaanbieders hij heeft gecontracteerd. Indien de zorgverzekeraar dit nalaat en de verzekerde niet had kunnen weten dat een door hem of haar ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd is, wordt de zorgverzekeraar verplicht om deze zorg volledig te vergoeden. Hiermee wordt de prikkel voor verzekeraars om inzicht te verstrekken in het gecontracteerde aanbod vergroot en wordt ook het zicht van verzekerden op het aanbod en zijn

³³ Artikel 3, vierde lid Wet marktordening gezondheidszorg.

³⁴ NZa, «Informatieverstreking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014 (TH/BR-015)», september 2014, te raadplegen via www.nza.nl.

keuzemogelijkheden aanzienlijk vergroot ten opzichte van de huidige situatie.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af waarom de regering zorgverzekeraars wel het vertrouwen schenken het belang van de patiënt voorop te stellen bij selectieve zorginkoop na wijziging van artikel 13, maar dit vertrouwen niet lijkt te hebben wanneer deze verzekeraars verticaal integreren met een zorgaanbieder.

Het verbod op verticale integratie vormt juist een van de checks and balances die de regering in het systeem wil inbouwen om te voorkomen dat een zorgverzekeraar andere belangen dan kwaliteit en doelmatigheid van zorg, zoals bedrijfseconomische belangen, laat meewegen en op die wijze de belangen van zijn verzekerden niet objectief en optimaal behartigt. De wijziging van artikel 13 Zvw maakt het mogelijk dat zorgverzekeraars via selectieve contractering doelmatige zorg inkopen die van goede kwaliteit is. Met de gelijktijdige invoering van het verbod op verticale integratie, wordt het voor zorgverzekeraars onmogelijk om zeggenschap te verwerven in een zorgaanbieder. Daarmee wordt bereikt dat de verzekeraar niet «afgeleid» wordt door secundaire belangen die niet direct in het belang van de verzekerde zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen zij het goed zien dat de regering meer vertrouwen heeft in de «checks and balances» bij zorgaanbieder in het geval dat een private investeerder doorslaggevende zeggenschap heeft, dan wanneer de zorgverzekeraar dit heeft.

Het grote verschil tussen beide situaties is dat de zorgverzekeraar in het geval hij zorg afneemt bij een zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft, twee potentieel tegengestelde belangen moet afwegen. Enerzijds het belang van de verzekerde, en anderzijds het bedrijfseconomische belang van de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft. Dit belangenconflict doet zich niet voor wanneer de verzekeraar zorg inkoopt die in handen is van een private investeerder. In dat geval kan de zorgverzekeraar als inkoper ongehinderd de belangen van zijn verzekerden behartigen door scherp in te kopen op kwaliteit en prijs. Het belang van de private investeerder is eenduidig gericht op de financiële gezondheid en stabiliteit van de zorgaanbieder. Onderzoek wijst uit dat zorginstellingen met risicodragend vermogen in de medisch-specialistische zorg meer prikkels hebben om hun bedrijfsvoering efficiënter te maken, en bovendien een belang hebben om uit te blinken in dienstverlening en kwaliteit en transparantie. Hiermee kunnen zij immers patiënten naar zich toe trekken. Bovendien bevat het wetsvoorstel Vergroten Investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg een aantal voorwaarden welke investeerders met een korte termijn winstdoelstelling zullen afschrikken om risicodragend kapitaal te investeren in zorgaanbieders.

De leden van de CDA-fractie vragen welke voor- en nadelen de regering voorziet van de situatie waarin verticale integratie wel is toegestaan, en waarbij artikel 13 Zvw ongewijzigd blijft.

De situatie die de leden van de CDA-fractie schetsen is de huidige situatie op de zorgverzekerings- en zorgverleningsmarkt. De risico's van de door deze leden geschetste situatie zijn als volgt. Zorgverzekeraars zijn minder goed in staat zijn om selectief in te kopen op prijs en kwaliteit. Zorgaanbieders ervaren minder druk in de onderhandelingen doordat zij zich ervan verzekerd weten dat hun zorg ook zonder contract tot zo'n 80% zal worden vergoed. Hierdoor hoeven zij zich minder druk te maken om het potentieel verlies van omzet, en ervaren zij minder risico. Dit zal ten koste

gaan van de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg. De patiënt is van deze situatie uiteindelijk de dupe. De aanpassing van artikel 13 Zvw is een voorwaarde om de financiële ambities van de hoofdlijnenakkoorden (GGZ, MSZ), waarin een beperkt groeipercentage is afgesproken, te kunnen realiseren. Zonder aanpassing van artikel 13 zijn de ingeboekte besparingen niet haalbaar, anders dan door pakketmaatregelen, eigen bijdragen of een combinatie daarvan.

Voorts is denkbaar dat verzekeraars doordat zij niet selectief kunnen inkopen en hierdoor onvoldoende sturing kunnen uitoefenen op zorgaanbieders, proberen hun invloed op zorgaanbieders te vergroten via het verwerven van zeggenschap. Hiermee zal de toch al beperkte dynamiek in de zorg verder afnemen. Het risico in die situatie is immers dat zij uiteindelijk hun verzekerden naar deze zorgaanbieders willen toeleiden om andere redenen dan kwaliteit en doelmatigheid. Dit kan ertoe leiden dat de patiënt niet de meest optimale zorg ontvangt. De verzekeraar heeft ook geen belang bij het contracteren van nieuwe innovatieve toetreders omdat daarmee de concurrent in het zadel wordt geholpen. Opnieuw is de patiënt hiervan de dupe.

Kortom: het niet invoeren van het verbod op verticale integratie en het niet wijzigen van artikel 13 Zvw gaat ten koste van de belangen van de patiënt. Beide aanpassingen zijn cruciaal om het zorgstelsel optimaal te laten werken en zo betere zorg tegen een betaalbare prijs te krijgen of te houden bij een vergrijzende bevolking met meer chronisch zieken en derhalve een stijgende vraag naar zorg.

De leden van de SP-fractie vragen een overzicht van de wijzingen in de Wmg die sinds de inwerkingtreding zijn doorgevoerd en wat daarvoor de reden was. Tevens vragen zij welke aanvullende AmvB's en ministeriële regelingen sindsdien van kracht zijn geworden, en waar een integraal overzicht te vinden is. Daarnaast vragen deze leden of er een (globale) evaluatie beschikbaar is die aangeeft hoe de Wmg in de praktijk voldoet.

De Wmg is op 1 oktober 2006 in werking getreden. Sindsdien zijn er enkele wijzigingen op doorgevoerd, welke in onderstaand schema vermeld staan. Daarnaast zijn er twee AmvB's die sindsdien van kracht zijn geworden: het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg³⁵ en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg³⁶. De Wmg kent drie ministeriële regelingen: de regeling categorieën persoonsgegevens WMG, de regeling aanwijzing toezichthouders Wmg en de regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG. Het gevraagde integraal overzicht inclusief wettechnische informatie en relevante Kamerstukken is benaderbaar via www.wetten.overheid.nl/, onder wettechnische informatie.³⁷ Sinds de inwerkingtreding van de Wmg zijn er twee evaluaties uitgevoerd: recent de evaluatie van de Wmg en de NZa door AEF³⁸, en eerder in 2009 de evaluatie van de Wmg door ZonMW³⁹.

³⁵ Meest recent: Stb. 2014, 166.

³⁶ Meest recent: Stb. 2014, 164.

³⁷ http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/geldigheidsdatum_04-11-2014/informatie.

³⁸ AEF, Ordening en toezicht in de zorg, Evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), september 2014.

³⁹ ZonMW, Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg, september 2009.

Betreft	Ondertekening	Bekendmaking	Kamerstuk
Gebruik BSN in de zorg ivm elektronische informatie uitwisseling			31 466
Wet forensische zorg			32 398
Wet kwaliteit, klachten, geschillen zorg			32 402
Wet vergroten investeringsmogelijkheden medisch specialistische zorg			33 168
Nieuwe wet openbaarheid van bestuur			33 328
Wet verbod verticale integratie			33 362
Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens			33 509
Wet langdurige zorg			33 891
Wet verbetering toezicht, opsporing, naleving en handhaving Wmg			33 980
Invoeringswet Jeugdwet			33 983
Jeugdwet	01-03-2014	Stb. 2014, 105	33 684
Wet cliëntenrechten zorg	11-12-2013	Stb. 2013, 578	33 243
	samen met	samen met	
	24-03-2014	Stb. 2014, 136	
Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	09-07-2014	Stb. 2014, 280	33 841
Wet cliëntenrechten zorg	11-12-2013	Stb. 2013, 578	33 243
Veegwet VWS 2013	04-12-2013	Stb. 2013, 560	33 507
Aanpassingswet basisregistratie personen	10-07-2013	Stb. 2013, 316	33 555
Fusies, continuïteit en opsplitsing	27-11-2013	Stb. 2013, 522	33 253
Instellingswet Autoriteit Consument en Markt	28-02-2013	Stb. 2013, 102	33 186
Wet aanpassing bestuursprocesrecht	20-12-2012	Stb. 2012, 682	32 450
Wet herziening gerechtelijke kaart	12-07-2012	Stb. 2012, 313	32 891
Omvorming CAK	07-11-2011	Stb. 2011, 561	32 543
Wet aanvulling bekostiging instrumenten Wmg	01-12-2011	Stb. 2011, 596	32 393
Wijziging teneinde enkele organen onder de Kaderwet ZBO's te brengen	31-03-2011	Stb. 2011, 204	31 950
Aanpassingswet 4 ^e tranche Awb	25-06-2009	Stb. 2009, 265	31 124
Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten	29-12-2008	Stb. 2008, 606	31 706
Reparatiewet VWS 2008	12-06-2008	Stb. 2008, 271	31 405
Herstel technische gebreken en leemten	06-03-2008	Stb. 2008, 95	31 120
Wijziging Zvw ivm vervanging no claim door verplicht eigen risico	15-11-2007	Stb. 2007, 490	31 094
Verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering	13-12-2007	Stb. 2007, 540	30 918
Reparatiewet VWS 2006	30-11-2006	Stb. 2006, 644	30 831
Invoerings- en aanpassingswet Wet op het financieel toezicht	20-11-2006	Stb. 2006, 605	30 658
Wet handhaving consumentenbescherming	20-11-2006	Stb. 2006, 591	30 411
Wet marktordening gezondheidszorg	07-07-2006	Stb. 2006, 415	30 186

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het voorliggende wetsvoorstel de schijn wekt dat verschillende zaken die au fond niet zoveel met elkaar te maken hebben toch samen zijn gebracht, en zijn van mening dat een inhoudelijke discussie over de verschillende onderdelen bij voorbaat onmogelijk wordt gemaakt. Ook wordt het volgens deze leden de Eerste Kamer op deze manier onmogelijk gemaakt elk deel afzonderlijk al of niet te aanvaarden of te verwerpen.

De regering is anders dan de leden van de SP-fractie van mening dat er wel degelijk inhoudelijke samenhang bestaat tussen de verschillende onderdelen. Bij de keuze voor een op vraagsturing gebaseerd zorgstelsel is van meet af aan duidelijk geweest dat het succes ervan in belangrijke mate afhankelijk zou zijn van voldoende risicodragendheid van zorgaanbieders en verzekeraars, en van voldoende en tijdige kwaliteitstransparantie van de aangeboden zorg. Zowel het verbod op verticale integratie als de wijziging van artikel 13 Zvw vormen een belangrijke bijdrage aan het versterken van deze randvoorwaarden. Zowel door het verbod op verticale integratie als door de wijziging van artikel 13 Zvw wordt bevorderd dat verzekeraars voor hun verzekerden de beste zorg inkopen. Het verbod op verticale integratie bevordert dit doordat het risico wordt uitgesloten dat een verzekeraar verwijst naar de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft op basis van een bedrijfseconomisch belang bij het behalen van voldoende productie. De wijziging van artikel 13 Zvw bevordert dit doordat zorgverzekeraars niet langer worden gedwongen niet-gecontracteerde zorg te vergoeden, zodat zij scherper kunnen inkopen op basis van prijs en kwaliteit. Bovendien ondersteunt het verbod op verticale integratie de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw. Het niet verstrekken of het verstrekken van

een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, zou niet acceptabel zijn wanneer de verzekeraar alleen of vooral aanbieders zou hebben gecontracteerd waarin hij zeggenschap heeft. Daarmee zou een verzekerde in de praktijk immers vastzitten aan de «eigen» aanbieders van de zorgverzekeraar.

Ten aanzien van het onderdeel persoonsgebonden budget (pgb) heeft de Tweede Kamer bij de behandeling van het wetsvoorstel een motie van de leden Bergkamp c.s.⁴⁰ aangenomen. In die motie wordt de regering verzocht in overleg te treden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo, een belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget, over de manier waarop het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zvw verankerd kan worden. Afgesproken is om het Zvw-pgb wettelijk te verankeren. Vervolgens heeft de regering het wetsvoorstel met de tweede nota van wijziging zo aangepast, dat het daar nu deel van uitmaakt. Met het PGB kunnen verzekerden wijkverpleging inkopen. Zodoende vormt het PGB een extra keuzemogelijkheid voor de verzekerde naast de inkoop van wijkverpleging via de naturaverzekeraar. Het PGB valt buiten de werking van artikel 13 Zvw.

Het afzonderlijk aanvaarden of verwerpen van het wetsvoorstel is niet mogelijk. Wel bevat het wetsvoorstel de bepaling dat de inwerkingtreding zal geschieden bij koninklijk besluit, waarin voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillende tijdstippen kunnen worden vastgesteld⁴¹. De Eerste Kamer kan eventueel het wetsvoorstel aanvaarden met de toezegging van de regering dat een aanpassing (later) door middel van een wetswijziging aan de Tweede Kamer zal voorstellen. De regering kan daarbij ook toezeggen dat de wet, of een bestreden onderdeel, in de tussentijd nog niet in werking treedt.

De regering acht het echter van groot belang dat alle onderdelen van het wetsvoorstel worden aanvaard, en gaat graag het debat aan met de leden van de Kamer om hen daarvan te overtuigen.

De leden van de SP-fractie vragen wat de argumenten zijn om het verbod op verticale integratie nu in te voeren. Zij verwijzen naar de twijfels van de Raad van State aan de proportionaliteit van het verbod nu er volgens deze ook al mogelijkheden zijn om verticale integratie tegen te gaan.

De regering blijft van mening dat een wettelijk verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders noodzakelijk is gedurende de transitiefase van het zorgstelsel. De regering heeft het verbod op verticale integratie voorgesteld, aangezien de regering in deze fase van transitie waarin het zorgstelsel verkeert, verticale integratie een groot risico acht. Door verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder ontstaat het risico dat zorgverzekeraars de belangen van hun zorgvragers minder objectief en optimaal behartigen. Indien een zorgaanbieder gecontroleerd wordt door een zorgverzekeraar, zodanig dat die zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft om op grond van feitelijke of juridische omstandigheden een beslissende invloed uit te oefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder, bestaat het risico dat de zorgverzekeraar keuzes afdwingt bij de zorgaanbieder die niet in het belang zijn van de patiënt. Ook het contracteren van nieuwe innovatieve toetreders ligt niet voor de hand omdat daarmee de concurrent in het zadel wordt geholpen.

Bij de zorginkoop moet het belang van de zorgvrager voorop staan en niet het bedrijfsbelang van de verzekeraar bij die zorgaanbieder.

⁴⁰ Tweede Kamer 2013–2014, 25 657, nr. 99.

⁴¹ Artikel VI van dit wetsvoorstel.

Patiënten en verzekerden moeten kunnen vertrouwen op de onafhankelijkheid van zorgaanbieders. Zelfs de loutere mogelijkheid dat zij, indien zij onder zeggenschap van een zorgverzekeraar staan, in opdracht van die zorgverzekeraar de patiënt minder of slechtere zorg geven dan waar die patiënt anders recht op zou hebben gehad, vormt voor de regering een voldoende reden voor het verbod van verticale integratie.

De leden van de SP-fractie vragen welke situaties van verticale integratie momenteel bekend zijn, om hoeveel gevallen het gaat en wat daarbij de ervaringen van de geïntegreerde organisaties en verzekerden zijn

Het precieze aantal gevallen van verticale integratie is niet bekend. De NZa rapporteerde in een speciale rapportage 2009 en sinds 2012 jaarlijks in de marktscan zorgverzekeringsmarkt over bekende gevallen zoals vermeld in jaarverslagen en uitvoeringsverslagen van verzekeraars en zorgaanbieders over voorgaande jaren.

Het gaat in de rapportage overigens niet altijd om verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel, maar om «verticale relaties» in bredere zin. Bij verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel gaat het uitsluitend om zeggenschap over een zorgaanbieder of het zelf leveren van zorg vanuit de eigen rechtspersoon. In de rapportage worden daarnaast verticale relaties in beeld gebracht zoals een minderheidsparticipatie of een samenwerkingsverband tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zolang deze vormen van verticale samenwerking niet leiden tot feitelijke of juridische zeggenschap, staat het verbod op verticale integratie hieraan niet in de weg.

Uit de rapportages van de NZa kan tevens worden opgemaakt dat het merendeel van de zorgverzekeraars activiteiten in de vorm van verticale samenwerking ontplooit. In de marktscan zorgverzekeringsmarkt uit 2014, waarin bekende gevallen van verticale samenwerking tot en met het jaar 2012 opgenomen zijn, laat zien dat het activiteitsniveau niet is afgenomen. In de tabel die hierboven is weergegeven in antwoord op de vraag van gelijke strekking van de leden van het CDA wordt een recent overzicht gegeven van de gevallen van verticale samenwerking die de NZa heeft opgetekend. De meeste deelnames en samenwerkingsverbanden hebben tot doel de eerste lijn te versterken, innovatie te financieren of preventie te bevorderen.

Over ervaringen met bestaande gevallen van verticale samenwerking en/of integratie is nog weinig bekend. Er bestaat op dit moment nog geen verplichting voor zorgverzekeraars, AWBZ aanbieders en zorgkantoren om openbaar te maken bij welke zorgaanbieders zij direct en in welke mate invloed hebben op het bestuur van een zorgaanbieder en in welke mate zorgaanbieders zij direct en in welke mate financiële belangen hebben. De NZa inventariseert periodiek – op basis van jaarverslagen van zorgaanbieders – welke vormen van verticale relaties er bestaan tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar daarbij is niet altijd duidelijk of er sprake is van zeggenschap.

De leden van de SP-fractie merken op begrepen te hebben dat bestaande gevallen van verticale integratie voorlopig mogen blijven bestaan. Zij vragen hoe lang de dispensatie geldt die door de NZa is toegekend, en hoe zorgverzekeraar en zorgaanbieder moeten aantonen dat de integratie op dit moment de beste oplossing is voor een bestaand probleem, namelijk dat er anders geen zorg op een bepaald gebied beschikbaar is? Wordt daarin onderscheid gemaakt in soorten van zorg? Kan het signaal dat er gebrek is aan een bepaald type zorg in een bepaald gebied zowel komen van cliënten/verzekerden, als zorgverzekeraars als van aanbieders

van een bepaald type zorg? Anders gesteld gaat het vooral om een probleem dat zorgverzekeraars moeten oplossen of zijn er ook andere belanghebbenden die aan de bel kunnen trekken?

Wat betreft bestaande gevallen verplicht het wetsvoorstel organisaties die op de inwerkingtredingsdatum van het verbod op verticale integratie al verticaal geïntegreerd zijn, niet tot ontmanteling. Dit zou strijdig zijn met beginselen van behoorlijk bestuur. Bovendien zouden hierbij, gezien artikel 1 van het EVRM mogelijk schadeloosstellingskwesties gaan spelen. Een en ander laat uiteraard onverlet, dat bestaande situaties van verticale integratie wel kunnen worden aangepakt indien daar vanuit het mededingingsrecht aanleiding toe bestaat of sprake zou zijn van situaties van aanmerkelijke marktmacht.

Nieuwe gevallen van verticale integratie zijn straks op basis van dit vooraf kenbare wetsvoorstel verboden, tenzij er grond is voor ontheffing, afgegeven door de NZa. Dat is enerzijds in het geval wanneer een zorgverzekeraar binnen het bestaande zorgaanbod niet kan voldoen aan zijn zorgplicht en verticale integratie daar wel in kan voorzien, en anderzijds wanneer een zorgverzekeraar en zorgaanbieders een gezamenlijk initiatief voor vernieuwing in de praktijk willen brengen. Dat die verticale integratie later weer afgebouwd moet worden is dan ook in de ontheffing al kenbaar. Daarom is er in die gevallen geen conflict met het eigendomsrecht.

In het wetsvoorstel is gekozen voor een maximumperiode van de ontheffing op het verbod op verticale integratie van vier jaar. Deze termijn zal in principe voldoende moeten zijn om de desbetreffende zorg te verzelfstandigen om tot een volwaardige nieuwe vorm van zorgaanbod te komen. De zorgverzekeraar heeft daarna geen zeggenschap meer in de zorgaanbieder. Desalniettemin voorziet het wetsvoorstel in de eenmalige mogelijkheid tot verlenging met nog eens vier jaar. De regering is van mening dat een periode van maximaal acht jaar ruim voldoende zou moeten zijn om initiatieven voor zorgvernieuwing te ontwikkelen, uit te testen en bij gebleken succes te implementeren. Overigens kan een zorgverzekeraar na deze periode betrokken blijven op andere manieren dan via verticale integratie, bijvoorbeeld door het afsluiten van meerjarige contracten of andersoortige samenwerkingsverbanden, zoals het nemen van een minderheidsbelang. Zolang er geen sprake is van feitelijke of juridische zeggenschap, staat het verbod op verticale integratie hieraan niet in de weg.

De zorgplicht van de verzekeraar strekt zich uit tot alle vormen van verzekerde zorg in het verzorgingsgebied van de verzekeraar. Aangezien de zorgplicht zich richt op de vraag naar verzekerde zorg van verzekerden, zullen signalen over problemen om aan de zorgplicht te voldoen gewoonlijk via hen bij de verzekeraars terecht komen.

De leden van de SP-fractie vragen wat de rol van de IGZ is bij het al dan niet (tijdelijk) toestaan van verticale integratie.

De IGZ heeft geen specifieke toezichthoudende rol bij het beoordelen en/of verlenen van een ontheffing van het verbod op verticale integratie. Die rol wordt toebedeeld aan de NZa. De IGZ ziet op basis van een groot aantal wetten, waaronder de kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi), toe op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Ongeacht de vraag of een instelling wel of niet verticaal geïntegreerd is met een zorgverzekeraar, zal zij moeten voldoen aan de wettelijke eisen van kwaliteit en veiligheid.

Dit zal ook gelden in situaties waarbij er sprake een van de twee uitzonderingen op het verbod op verticale integratie: zorgvernieuwing of nakomen zorgplicht. In beide gevallen zal de verticaal geïntegreerde zorgaanbieder aan de kwaliteitseisen moeten voldoen.

De leden van de SP-fractie stellen de vraag hoe de NZa en IGZ samenwerken rondom situaties zoals verticale integratie en vragen of hier rapportages over beschikbaar zijn.

De NZa en IGZ hebben ieder onderscheiden taken wanneer het gaat om het toezicht in de zorg. Zoals op een eerdere vraag van deze leden geantwoord, is niet voorzien dat de IGZ een specifieke taak krijgt rondom het verbod op verticale integratie. In zijn algemeenheid is het zo dat daar waar de taakvervulling van NZa en IGZ samenwerking vereisen, deze toezichthouders samenwerken via een samenwerkingsprotocol⁴². Op basis van dit protocol zijn verschillende werkafspraken gemaakt. De toezichthouders voeren structureel en regelmatig overleg. De NZa volgt het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders. De toezichthouders informeren elkaar direct over mogelijke overtredingen die op het terrein van de andere toezichthouder liggen, maar ook over voorgenomen onderzoeken en handhavingmaatregelen en betrekken elkaar hierbij in relevante gevallen. De toezichthouders delen informatie (over kwaliteit) en benutten elkaars expertise.

De leden van de SP-fractie vragen welk aspect zwaarder zal wegen bij het verlenen van een ontheffing van het verbod op verticale integratie: kostenbeheersing of kwaliteit van zorg.

De NZa zal elke aanvraag individueel toetsen. Wanneer het verbod op verticale integratie van kracht is, zijn er slechts twee gronden waarop de ontheffing kan worden verleend. Allereerst kan een tijdelijke ontheffing worden verleend indien een zorgverzekeraar of AWBZ-zorgverzekeraar anders niet aan zijn zorgplicht kan voldoen.

Daarnaast kan een ontheffing voor innovatie worden verleend. Daartoe zal allereerst moeten worden aangetoond dat het gaat om een vernieuwing in het zorgaanbod. Hoewel vernieuwing op verschillende manieren bereikt kan worden, bijvoorbeeld door de implementatie van nieuwe technologie of door de implementatie van nieuwe werkmethoden, werkt dit criterium enorm beperkend. Alle verticale integratie die niet bedoeld is om vernieuwing te creëren of om aan de zorgplicht te kunnen voldoen, valt daar immers mee af. Indien een zorgverzekeraar een ziekenhuis zou overnemen omdat dat goed in het model van de zorgverzekeraar past en deze daarmee efficiënter zou kunnen werken, dan valt dat niet onder deze ontheffingsmogelijkheid te scharen.

Ten tweede zal de zorgverzekeraar voldoende aannemelijk moeten maken dat de verticale integratie nodig is om de vernieuwing te bewerkstelligen of aan de zorgplicht te voldoen. De NZa zal elke aanvraag individueel toetsen. De eisen die gesteld worden aan het verlenen van de ontheffing zijn strikt. Dit betekent dat een ontheffing op het verbod op verticale integratie dus niet verleend zal worden op andere dan bovengenoemde gronden.

De leden van de SP-fractie vragen een toelichting op de werkwijze van de NZa ten aanzien van de beoordeling van de jaarverslagen en signalen die daarin voor kunnen komen over verticale integratie, gezien de klus die dit met zich mee zal brengen.

Het naleven van de plicht om bestuurlijke en financiële deelnemingen in zorgaanbieders transparant te maken en eventueel in voorkomend geval

⁴² Protocol tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake de samenwerking en coördinatie op het gebied van beleid, regelgeving, toezicht & informatieverstrekking en andere taken van gemeenschappelijk belang (2006).

bij een onderzoek van de NZa extra informatie aan te leveren zijn nalevinglasten die worden opgelegd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal zich extra moeten inspannen om eventuele deelnemingen per zorgaanbieder inzichtelijk te maken. Opgemerkt zij dat deze gegevens voor het opmaken van de jaarrekening en het jaarverslag al aanwezig zijn. Wel dienen deze gegevens voor publicatie en in voorkomende gevallen voor aanlevering bij de NZa geschikt gemaakt te worden en herleidbaar te zijn tot individuele zorgaanbieders. Bovendien dienen ze ook daadwerkelijk transparant gemaakt te worden. Dit zijn echter geen extra administratieve lasten. De NZa zal via het uitvoeringstoezicht op zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders, en op basis van signalen via de tiplijn of uit eigen of ander onderzoek aanknopingspunten kunnen halen voor de vraag of onderdelen uit het concern van de zorgverzekeraar verboden zeggenschap in een zorgaanbieder verwerven dan wel verzekeraars of zorgkantoren indirect verboden zeggenschap verwerven. In de jaarverslaglegging zal openbaar moeten worden gemaakt welke financiële banden met zorgaanbieders van toepassing zijn.

De NZa rapporteerde in de Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2014 bekende gevallen van samenwerkingsverbanden zoals vermeld in jaarverslagen en uitvoeringsverslagen van verzekeraars en zorgaanbieders over voorgaande jaren. Ook in de jaarcijfers van zorgverzekeraars zijn zeggenschapsverwervingen zichtbaar. Daarnaast heeft de NZa nauw contact met de ACM die uit haar dagelijkse fusiecontrolepraktijk een goed beeld heeft van zeggenschapsveranderingen. De NZa kan ook gebruikmaken van signalen van en bevindingen uit haar eigen ad hoc onderzoek naar aanmerkelijke marktmacht bij zorgaanbieders en/of onderzoek naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Bovendien zijn er relevante openbare bronnen als het register bij de Kamer van Koophandel.

De leden van de SP-fractie vragen tevens wat de tiplijn is van de NZa, hoe deze te bereiken is, voor wie deze tiplijn bedoeld is, wie daar de telefoon opneemt en of er ook anonieme meldingen kunnen worden aangenomen.

De NZa heeft een meldpunt waar mogelijke overtredingen van de Wmg, de Zvw en de AWBZ door zorgverzekeraars, zorgkantoren of zorgaanbieders gemeld kunnen worden. Eventueel kan een dergelijke melding ook anoniem gedaan worden. Een melding kan bestaan uit bijvoorbeeld een klacht, over een dienst, of een situatie van een zorgverzekeraar, zorgkantoor of zorgaanbieder, die mogelijk in strijd is of handelt met bovengenoemde wetten. Het gaat hier bijvoorbeeld om onjuist declaratiegedrag van beroepsbeoefenaren en/of instellingen waarop de NZa toezicht uitoefent of om het verstoren van de marktwerking in de gezondheidszorg door zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Hieronder valt dus straks ook een inbreuk op het verbod op verticale integratie. Meldingen kunnen gedaan worden via de website van de NZa. Voor vragen kan contact op worden genomen met de informatielijn van de NZa, op werkdagen bereikbaar van 9.00 tot 14.00 uur op telefoonnummer 0900-7707070 (€ 0,05 per minuut). Medewerkers van de NZa behandelen de meldingen en vragen.

De leden van de SP-fractie vragen voorts naar op welk soort onderzoeken gedoeld wordt die de NZa uitvoert waaruit zij ook mogelijk signalen afleidt.

De NZa kan via verschillende wegen signalen krijgen. Bovendien kan de NZa via de jaarlijkse rapportages en jaarverslagen die zij ontvangt van zorgaanbieders onderzoek doen naar zeggenschapsverhoudingen bij zorgaanbieders. Ook in de jaarcijfers van zorgverzekeraars zijn zeggenschapsverwervingen zichtbaar. Daarnaast heeft de NZa nauw contact met

de ACM die uit haar dagelijkse fusiecontrolepraktijk een goed beeld heeft van zeggenschapsveranderingen. De NZa kan ook gebruikmaken van signalen van en bevindingen uit haar eigen ad hoc onderzoek naar aanmerkelijke marktmacht bij zorgaanbieders en/of onderzoek naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Bovendien zijn er relevante openbare bronnen als het register bij de Kamer van Koophandel. De IGZ is bovendien verantwoordelijk voor toezicht op goed bestuur en bedrijfsvoering van zorgaanbieders.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de ontheffingsprocedure voor verticale integratie ten behoeve van vernieuwing in zijn werk gaat. Wie stelt (met wie?) een plan op en hoe beoordeelt de NZa de aanvraag? Zijn hiervoor objectieve criteria te ontwerpen? En als de aanvrager (s) het niet eens zijn met het besluit van de NZa waar kunnen ze dan beroep aantekenen?

De NZa is bevoegd een ontheffing van het verbod op verticale integratie te verlenen indien een zorgverzekeraar het bestaande zorgaanbod wil innoveren door het zelf in de markt te zetten van tijdelijk aanbod. Voor de beoordeling zal een zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat er (1.) sprake is van een vernieuwing en (2.) dat de verticale integratie noodzakelijk is om die vernieuwing in te voeren. Ten aanzien van het eerste geldt dat voor de definitie van vernieuwing aansluiting moet worden gezocht bij de definitie van innovatie van de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

«A technological product innovation is the implementation/ commercialization of a product with improved performance characteristics such as to deliver objectively new or improved services to the consumer. A technological process innovation is the implementation/ adoption of new or significantly improved production or delivery methods. It may involve changes in equipment, human resources, working methods or a combination of these.»

De zorgverzekeraar zal dus aannemelijk moeten maken dat het vernieuwde zorgaanbod de invoering betreft van een dienst of behandeling die nieuw is of die verbeterde kwaliteit oplevert voor de patiënt, of een verbeterde doelmatigheid. Dit zou hij kunnen doen met behulp van een rapportage waarbij het vernieuwde aanbod wordt vergeleken met het huidige aanbod. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan ervaringen in het buitenland of onderzoeksresultaten van pilotprojecten of universitaire en medische onderzoeken. Aan de hand hiervan kan beoordeeld worden of de met de verticale integratie beoogde innovatie in objectieve zin een nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt levert.

Daarnaast zal de zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat zeggenschap noodzakelijk is om deze vernieuwing te kunnen verwezenlijken. Dit kan de zorgverzekeraar bijvoorbeeld doen door aannemelijk te maken dat er zonder verticale integratie niet voldoende startkapitaal zou zijn, dat er zonder verticale integratie niet voldoende regie zou zijn, of dat anderszins zonder verticale integratie het aanbod niet zal ontstaan. Besluiten die de NZa neemt zijn aan te merken als besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) waartegen bezwaar en beroep openstaan.

Indien de aanvrager(s) van het besluit tot ontheffing in verband met innovatie het niet eens zijn met het besluit van de NZa, kunnen zij hier binnen zes weken bezwaar tegen aantekenen, ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto artikel 7:1, eerste lid, Awb. De NZa neemt dan een beslissing op dit bezwaar. Ingevolge artikel 105 van de Wmg jo. artikel 7:1.1 van de Algemene wet bestuursrecht kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit op bezwaar beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

De leden van de SP-fractie vragen waar de aanvrager (s) van het besluit tot ontheffing (in verband met innovatie) beroep kunnen aantekenen indien zij het niet eens zijn met dit besluit van de NZa.

Besluiten die de NZa neemt zijn aan te merken als besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) waartegen bezwaar en beroep open staan.

Indien de aanvrager(s) van het besluit tot ontheffing in verband met innovatie het niet eens zijn met het besluit van de NZa, kunnen zij hier binnen zes weken bezwaar tegen aantekenen, ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto artikel 7:1, eerste lid, Awb. De NZa neemt dan een beslissing op dit bezwaar. Ingevolge artikel 105 van de Wmg jo. artikel 7:1.1 van de Algemene wet bestuursrecht kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit op bezwaar beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

De leden van de SP-fractie vragen om een duidelijke toelichting waarom het verbod op verticale integratie Europeesrechtelijk haalbaar is. Hoe groot acht de regering de kans dat een zorgverzekeraar beroep aantekent juist op dit punt en ook gelijk krijgt?

Het verbod op verticale integratie is een beperking van de Europese interne markt, namelijk van het vrij verkeer van kapitaal en de vrijheid van vestiging, zoals dat in het Europees recht is vastgelegd. Een dergelijke beperking kan op grond van de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie gerechtvaardigd zijn indien de maatregel beantwoordt aan dwingende redenen van algemeen belang, de maatregel geschikt is om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen, de maatregel niet verder gaat dan nodig is voor dat doel, de maatregel kenbaar en voorspelbaar is en de maatregel zonder discriminatie wordt toegepast. Voor een uitgebreide bespreking van deze voorwaarden in relatie tot het wetsvoorstel verwijst de regering naar hoofdstuk 5 van de memorie van toelichting op het wetsvoorstel. Het verbod op verticale integratie zoals in dit wetsvoorstel is vormgegeven, voldoet volgens de regering aan deze voorwaarden. Bij brief van 30 november 2011 heeft de Europese Commissie bevestigd dat een verbod op verticale integratie kan vallen onder de situaties waarin een belemmering van de interne markt gerechtvaardigd is. De kans dat een zorgverzekeraar beroep aantekent en gelijk krijgt op dit punt, acht de regering klein.

De leden van de SP-fractie vragen of een zorgverzekeraar, werkend in een ander land dan Nederland zeggenschap zou kunnen verwerven in een ziekenhuis of ZBC in Nederland. Deze leden vragen of de NZa dit kan tegengehouden.

Het verbod op verticale integratie richt zich (uitsluitend) tot de zorgverzekeraar in de zin van de Zvw. Zoals in de memorie van toelichting bij onderhavig wetsvoorstel is aangegeven, kan het verbod op verticale integratie van zorgaanbieder en zorgverzekeraar daarom het recht van zorgverzekeraars uit andere lidstaten om controlerend financieel deel te nemen in zorgaanbieders in Nederland alleen beperken, indien zij als zorgverzekeraar in Nederland zorgverzekeringen aanbieden op basis van de Zvw.

De maatregel mag bovendien niet tot doel noch effect hebben dat eigen, nationale ondernemingen worden beschermd of voorgetrokken.⁴³ De maatregel werkt daarom voor alle zorgverzekeraars die op Nederlands grondgebied actief zijn in gelijke mate.

⁴³ Europese Commissie / Verenigd Koninkrijk, zaak C 40/82.

Dit betekent dat een buitenlandse zorgverzekeraar wel zeggenschap kan verwerven in een Nederlandse zorgaanbieder, bijvoorbeeld als kapitaalinvestering. Echter, deze zorgverzekeraar mag dan niet actief worden op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt.

De NZa kan verschillende instrumenten inzetten om toezicht te houden en te handhaven. Het meest afschrikwekkend is de boete die de NZa kan inzetten indien verboden verticale integratie zonder een daarvoor door de NZa afgegeven ontheffing is doorgevoerd. De bestuurlijke boete voor een afzonderlijke overtreding bedraagt ten hoogste € 500 000 of, indien dat meer is, tien procent van de omzet van de onderneming in Nederland⁴⁴. Naast een boete kan de NZa ook middels een last onder dwangsom gelasten de verboden verticale integratie ongedaan te maken. De NZa kan echter ook lichtere instrumenten inzetten zoals bijvoorbeeld een aanwijzing. Door deze mix van instrumenten kan de NZa gericht en proportioneel handhaven. Daardoor zijn de handhaving en het toezicht robuust.

Zorgverzekeraars zouden, bij afwezigheid van deze wet, ook verplicht zijn om verticale integratie te melden bij de ACM of Europese Commissie op basis van de mededingingsregels. Na inwerkingtreding van deze wet is het niet mogelijk voor een zorgverzekeraar om rechtsgeldig zeggenschap te verwerven over een zorgaanbieder zonder ontheffing van de NZa. Indien een voornemen tot verticale integratie toch bij de ACM of de Europese Commissie zou worden gemeld, zullen deze autoriteiten de melding niet in behandeling nemen, aangezien het gemelde voornemen niet tot verticale integratie kan leiden.⁴⁵

De leden van de SP-fractie vragen de regering om een reactie op de voorlichting van de Raad van State van 22 oktober 2014.

Zij verzoeken de regering in te gaan op een aantal onwenselijke gevolgen die voortvloeien uit de conclusie van de RvS dat «Bezien vanuit de opzet van het zorgverzekeringsstelsel en de doelstellingen ervan de voorgestelde aanpassing van artikel 13 Zvw op zichzelf logisch is».

De regering wordt daarbij verzocht aandacht te besteden aan de door de Raad van State genoemde randvoorwaarden (gelijk speelveld, aanmerkelijke marktmacht ten opzichte van kleine partijen, adequaat toezicht

Op verzoek van de Eerste Kamer heeft de Raad van State bij brief van 22 oktober 2014 voorlichting gegeven over het voorgestelde artikel 13 Zvw. Aanleiding voor het verzoek van de Eerste Kamer waren verschillende wijzigingen die gedurende de behandeling van het wetsvoorstel op het voorgestelde artikel 13 Zvw zijn aangebracht, maatschappelijke discussie over de vrije artskenkeuze en vragen over de verhouding van het voorgestelde artikel tot Europees- en internationaalrechtelijke criteria op het terrein van de interne markt en het grensoverschrijdend verkeer. In de voorlichting onderschrijft de Raad van State het standpunt van de regering dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw niet in strijd is met Europees recht en dat de vrije artskenkeuze door deze wetswijziging niet wordt beperkt, maar hooguit – en in geringe mate – door de keuze die de verzekerde zelf maakt.

In zijn voorlichting gaat de Raad van State uitgebreid op de bovengenoemde aspecten in. De Raad van State concludeert dat het verschil in opzet tussen de EU-richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (hierna: Patiënten-

⁴⁴ Artikel 85 lid 2 WMG.

⁴⁵ De NMa neemt dan een besluit (in de zin van art. 37 van de Mw) dat art. 34 van de Mw niet van toepassing is; als de Europese Commissie van mening is dat er geen sprake is van een intentie te goeder trouw die kan leiden tot een concentratie in de zin van bedoelde verordening, zal zij een besluit in de zin van artikel 6.1.a van Verordening 139/2004 nemen.

richtlijn), die uit lijkt te gaan van een publiek georganiseerd zorgverzekeringsstelsel en het Nederlandse stelsel dat uitgaat van een private verzekering onder publieke randvoorwaarden, spanning oproept maar dat de voorgestelde regeling in grote lijnen aansluit bij het stelsel van de Patiëntenrichtlijn. De Raad erkent dat de maatregel logisch is in het kader van het stelsel zoals dat is vormgegeven in de Zvw. De Raad legt daarbij de verantwoordelijkheid voor belemmeringen in de toegang tot zorg bij niet-gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieders bij de verzekerde zelf. Daarbij geeft de Raad aan dat een goede werking van de markt zal leiden tot meer polisvariatie, ook voor contracten met zorgaanbieders over de grens. Wel vraagt de Raad aandacht voor de randvoorwaarden: het voorgestelde artikel 13 Zvw betekent een versterking van de met het stelsel beoogde marktwerking maar hiervoor is wel nodig dat de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt functioneren zoals bedoeld. In dit verband wijst de Raad erop dat toezicht daarop essentieel is. De regering onderschrijft dit.

De Raad van State signaleert ook dat de uitzonderingen op artikel 13 Zvw de spanning met de Richtlijn verminderen en dat het wetsvoorstel in grote lijnen aansluit bij de Patiëntenrichtlijn. De Raad van State merkt op dat, voor zover de regering de bedoeling heeft gehad met dit wetsvoorstel de Richtlijn te implementeren, die implementatie op het punt van de extramurale zorg nog onduidelijk te vinden. De regering heeft niet de bedoeling gehad met het wetsvoorstel de Richtlijn te implementeren. Ook voor wat betreft de beperking van de toegang tot niet-gecontracteerde grensoverschrijdende zorg geldt dat de die belemmering eerder voortvloeit uit de keuze van de verzekerde voor een naturapolis, dan uit de wet zelf.

Verder concludeert de Raad van State met betrekking tot de discussie rondom de vrije artskenkeuze dat er geen redenen zijn om aan te nemen dat het voorgestelde systeem niet verenigbaar zou zijn met het EU-handvest voor de grondrechten en het Europees Sociaal Handvest. Naar het oordeel van de regering heeft de Raad van State met deze voorlichting een aantal vraagpunten en onduidelijkheden kunnen wegnemen over de Europeesrechtelijke aspecten van het wetsvoorstel. De Raad levert daarmee een zeer waardevolle aanvulling met betrekking tot de parlementaire discussie over dit wetsvoorstel.

De Raad van State heeft in haar advies aangegeven dat het huidige artikel 13 Zvw een belemmering is voor het goed functioneren van het stelsel. Ook zonder een contract krijgt de aanbieder immers nog voldoende patiënten, de rekening wordt immers grotendeels vergoed. De Raad signaleert echter ook dat de ongelijke onderhandelingspositie tussen kleine zorgaanbieders en grote zorgverzekeraars met dit wetsvoorstel wordt vergroot, omdat zorgaanbieders nog meer afhankelijk worden van contracten met verzekeraars. De Raad vindt het daarom logisch dat in het wetsvoorstel ook eisen worden gesteld aan het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, zoals non-discriminatie en transparantie. Dit laat echter onverlet dat effectief toezicht op de mededingingsverhoudingen en daadkrachtig optreden door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de NZa noodzakelijk zullen zijn. Dit stelt hoge eisen aan de ACM en de NZa.

In reactie op de opmerking van de Raad van State wijst de regering op de recent verschenen evaluatie van de Zvw⁴⁶. Hierin wordt met betrekking tot het functioneren van de zorginkoopmarkt geconcludeerd dat de machtsbalans op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in disbalans is ten faveure van sommige zorgaanbieders. De onderzoekers wijzen op een gebrek aan macht van zorgverzekeraars om aanbieders te

⁴⁶ KPMG Plexus, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag, juni 2014.

dwingen op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit betere prestaties te leveren. Om de «*balance of power*» op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseert KPMG onder andere om artikel 13 van de Zvw aan te passen. Door de wijziging van artikel 13 wordt het voor verzekeraars beter mogelijk selectief in te kopen en hun verzekerden te sturen naar gecontracteerd aanbod, waarbij op prijs en kwaliteit wordt gelet. De regering is dus van mening dat door deze maatregel een betere balans zal ontstaan in de marktmacht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Uiteraard zijn er regionale verschillen waarneembaar en geldt de disbalans ten faveure van aanbieders niet voor kleinere aanbieders in de eerste lijn. Aanbieders ervaren in de eerste lijn weinig onderhandelingsruimte. De onderzoekers geven aan dat dit niet als bezwaarlijk hoeft te worden beschouwd zolang de voordelen hiervan worden doorgegeven aan de verzekerde. Om de druk op verzekeraars te vergroten legt de wetswijziging aan de verzekeraar extra verplichtingen op, zoals over het tijdig publiceren van het zorginkoopbeleid en -procedure, en over het kwaliteitsbeleid. Verzekeraars worden zodoende gestimuleerd om tijdig contracten te sluiten met zorgaanbieders en de transparantie tegenover verzekerden te vergroten.

Dit voorjaar heeft het Ministerie van VWS een rondgang georganiseerd door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprekken met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Met name eerstelijns aanbieders hebben daar hun zorgen geuit over het contracteringsproces door de zorgverzekeraar. Tijdens de ronde bleek echter ook dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. Ik verwijs u graag naar een brief van 22 juli 2014⁴⁷ waarin voorbeelden van dergelijke initiatieven staan geschetst. De komende periode zal de regering initiatieven nemen om de ruimte voor samenwerking maximaal te verkennen en deze best practices te verspreiden.

De regering wijst er voorts op dat de markttoezichthouders NZa en ACM toezicht houden op de zorgmarkt. In de zorgmarkten bestaat een aantal mogelijke vormen van marktfalen, zoals het ontstaan van marktmacht. Marktmacht kan de ontwikkeling van concurrentie en de vrije markt beperken en is daarom onwenselijk. Bij marktfalen kan overheidsingrijpen noodzakelijk zijn, zolang dit ingrijpen proportioneel is ten opzichte van het nagestreefde doel.

Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft de NZa onder meer mogelijkheid om het instrumentarium aanmerkelijke marktmacht (AMM) in te zetten. Daarbij kan de NZa zorgaanbieders of zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen, waaronder een contracteerplicht of een prijsplafond.

In aanvulling op dit sectorspecifieke toezicht is het generiek mededingingstoezicht van toepassing. Zodra er sprake is van een onderneming onder de Mededingingswet (hierna: Mw) heeft de ACM een toezichthoudende rol. De ACM grijpt in op grond van de Mw indien gedragingen van en tussen ondernemingen de concurrentie en de keuzevrijheid voor patiënten of verzekerden belemmeren. Dit betreft overtreding van het kartelverbod, misbruik van economische machtspositie of een significante beperking van de mededinging als gevolg van concentraties.

In de recente evaluatie van de Wmg en de NZa is door Andersson Elffers Felix (AEF) vastgesteld dat de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht het standpunt inneemt dat verkoopmacht (marktmacht van zorgaanbieders) schadelijker is dan inkoopmacht (marktmacht van zorgverzekeraars), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars

⁴⁷ EK, 2013–2014, 33 253, J.

ten goede komt aan de consument. Klachten over inkoopmacht worden door de NZa vrijwel standaard afgewezen. Dit beleidsuitgangspunt is naar het oordeel van AEF echter gestoeld op aannames die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn, onder andere door de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en selectief contracteren. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven monitoren en bij te stellen wanneer wetgeving of marktomstandigheden veranderen. Gelet op deze aanbeveling van AEF zal de NZa haar beleidsuitgangspunt tegen het licht houden en waar nodig bijstellen dan wel haar keuze beter toelichten.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering werkelijk kan aantonen dat bij handhaven van het huidige artikel 13 Zvw het financiële evenwicht wordt aangetast en het stelsel wordt bedreigd? Wat is nu de werkelijke materiële winst van het invoeren van deze wijziging naast het immateriële verlies van het vertrouwen van mensen in de politiek? Naar de mening van de SP fractie ontbreekt een adequate onderbouwing van deze argumentatie. Er is gewezen op de beperkte omvang van de problematiek. In de discussie worden 2 getallen genoemd, die iets zeggen over winst en verlies. Het eerste is 1 miljard euro die te winnen zou zijn als zorgverzekeraars alleen gecontracteerde zorg hoeven te vergoeden, het tweede is de 62 miljoen euro, die zorgverzekeraars nu kwijt zouden zijn aan betalingen voor niet-gecontracteerde zorg.

Door de wetswijziging krijgen verzekeraars de ruimte om selectiever op kwaliteit en prijs in te kunnen kopen. Dat is de essentie van het systeem. Verzekeraars krijgen een instrument waardoor zij niet langer gedwongen zijn om zorg van aanbieders die matige zorg leveren niet te contracteren en daarvoor ook geen vergoeding te verstrekken. Zorgaanbieders krijgen een sterkere prikkel om over te gaan tot het sluiten van een contract met een zorgverzekeraar, waardoor gestuurd kan worden op prijs, kwaliteit en volume. De wijziging van artikel 13 Zvw is een noodzaak om de doelstellingen in deze akkoorden te kunnen realiseren. Het is één van de instrumenten, die andere instrumenten, zoals het terugdringen van praktijkvariatie, spreiding en concentratie, substitutie van 2^e naar 1^e lijn en ambulantisering, kracht bij zet. Met de hoofdlijnenakkoorden Medisch Specialistische Zorg en Geestelijke Gezondheidszorg van juli 2013 is een besparing van 1 miljard euro gemoeid. De doelstelling is om tot een structurele, landelijke volumegroei te komen van maximaal 1,5% in 2014, en van 1,0% in 2015 t/m 2017. Deze gezamenlijke inspanningen leiden tot een besparing van € 250 miljoen in 2014 oplopend tot € 1 miljard vanaf 2017 en maken onderdeel uit van het in de Miljoenennota 2014 gepresenteerde «€ 6 miljard-pakket».

De leden van de SP fractie betogen dat het niet met elkaar te rijmen valt dat met het voorstel voor een verbod op verticale integratie voorkomen moet worden dat zorgverzekeraars overwegende zeggenschap krijgen over de activiteiten van de zorgaanbieder, terwijl zorgverzekeraars door de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw grote invloed op de activiteiten van zorgaanbieders krijgen met als pressiemiddel het niet afsluiten van een contract. Zij vragen om commentaar.

De regering merkt op dat het uitoefenen van beslissende invloed via feitelijke of juridische zeggenschap in een zorgaanbieder iets wezenlijk anders is dan het effect dat de inkoop van zorg door de verzekeraar heeft op een zorgaanbieder. Waar het in de kern steeds om gaat en waar beide onderdelen van het wetsvoorstel elkaar in raken, is dat het belang van de patiënt voorop dient te staan in de beslissingen en activiteiten van zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars dienen de belangen van verze-

kerden zo objectief mogelijk te behartigen bij de inkoop van zorg. Zij dienen hierbij steeds te streven naar een optimale kwaliteit en prijs van de zorg. Zowel het verbod op verticale integratie als de wijziging van artikel 13 dragen hier aan bij.

De leden van de SP-fractie vragen de regering een toelichting te geven op de verschillende polissen die op de markt zullen komen, hoe de verdeling tussen de verschillende vormen van verzekeren nu is en hoe die in de toekomst zal zijn. En vragen wat naar het oordeel van de regering het maximale prijsverschil tussen de verschillende polissen mag zijn?

In 2014 heeft 53% van de verzekerden een naturapolis. 25% van de verzekerden heeft een restitutiepolis, maar ook hierbij kan sprake zijn van (deels) gecontracteerde zorg. De overige verzekerden hebben een combinatiepolis waarbij de zorg (deels) gecontracteerd is. In totaal heeft 62% van de verzekerde een polis met gecontracteerde zorg en 30% van de verzekerde een polis met deels gecontracteerde zorg. De overige verzekerden hebben een polis zonder gecontracteerde zorg. Met het voorliggende wetsvoorstel wordt het mogelijk voor zorgverzekeraars om meer differentiatie in het polisaanbod mogelijk te maken. Naast de reeds bestaande restitutiepolis en de combinatiepolis, kunnen verzekeraars diverse vormen van naturapolissen aan gaan bieden. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld een naturapolis aanbieden zoals deze in huidige vorm bestaat, waarbij de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gemiddeld ligt op 75 a 80%. Zorgverzekeraars kunnen echter ook naturapolissen aan gaan bieden, waar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager is vastgesteld, bijvoorbeeld op 50%, 30% of zelfs 0%. Voor welke polissen verzekerden in de toekomst zullen kiezen kan de regering op dit moment niet voorspellen.

Hoe groot de premieverschillen worden is vooraf ook niet in te schatten. De leden van de SP-fractie maken zich mogelijk zorgen over de premieverschillen en dat dit zou leiden tot een tweedeling. De regering is van mening dat keuzevrijheid niet wordt bepaald door de grootte van de beurs. Verzekerden met een inkomen onder een bepaald niveau hebben recht op zorgtoeslag. Deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico). Mensen met een laag inkomen worden dus niet gedwongen om een naturapolis waarbij selectief is gecontracteerd af te sluiten. De regering vindt het daarom niet nodig en zelfs schadelijk om, zoals bijvoorbeeld eerder is gesuggereerd, een maximale bandbreedte in te voeren tussen de restitutieverzekering en de budgetpolis. Daarmee worden de doelmatigheidsvoordelen teniet gedaan. Deze voordelen zijn nodig om de zorg ook in de toekomst van goede kwaliteit en betaalbaar te houden. Daarnaast zal ook binnen de naturapolis voldoende keuze overblijven. De verzekeraar heeft een zorgplicht en zal ook vanuit dat oogpunt voldoende zorg moeten contracteren.

De SP vraagt of de regering de stelling onderschrijft dat het van belang is dat iedere verzekerde, voor welke polis hij/zij ook kiest, toegang heeft tot goede, veilige en betaalbare zorg. In hoeverre kunnen verzekerden echt kiezen? Doelend op met name, wanbetalers en bijstandsgerechtigden, zij zullen weinig andere keus hebben dan te kiezen voor de goedkoopste variant.

De regering onderschrijft de stelling van de SP dat het van belang is dat elke verzekerde, voor welke polis hij ook kiest, toegang heeft tot goede, veilige en betaalbare zorg. Met de wijziging van artikel 13 Zvw komt hier geen verandering in. Keuzevrijheid wordt daarnaast niet bepaald door de grootte van de beurs, ook bijstandsgerechtigden hebben keuzevrijheid. Verzekerden met een inkomen onder een bepaald niveau hebben namelijk

recht op zorgtoeslag. Deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico). Mensen met een laag inkomen worden dus niet gedwongen om een collectieve polis aangeboden vanuit de gemeente af te sluiten of een budgetpolis waarbij selectief is gecontracteerd. En indien iemand kiest voor bijvoorbeeld een budgetpolis, waarbij een selectief aantal aanbieder is gecontracteerd, zal er sprake zijn van goede, veilige en betaalbare zorg. De verzekeraar heeft een zorgplicht en de IGZ heeft de taak toezicht te houden op de kwaliteit van zorg. Doordat de zorgverzekeraar een voorselectie maakt ligt het voor de hand dat de gecontracteerde zorg beter zal zijn. De verzekeraars hebben immers een schat aan informatie over kwaliteit in hun databases. Daarnaast heeft de verzekerde de financiële voordelen van de contractering. Een verzekerde die ten minste een maand betalingsachterstand heeft van de nominale zorgpremie (wanbetaler), kan niet meer wisselen van zorgverzekeraar en heeft dan dus geen keuze voor een andere verzekeraar zolang hij nog een schulden heeft bij zijn zorgverzekeraar. Deze wettelijke maatregel is in 2009 opgenomen om te voorkomen dat verzekerden bij meerdere zorgverzekeraars een betalingsachterstand zouden opbouwen.

De leden van de SP-fractie stellen dat volledige keuzevrijheid voor zorg (aanbieders) in het binnenland en bij grensoverschrijdende zorg wordt gekoppeld aan extra betalingen, omdat restitutiepolissen extra duur zijn. Hoe verhoudt zich dat met de verplichting uit de EU verdragen dat EU burgers recht op zorg in het buitenland hebben.

De regering stelt voorop dat artikel 13 niet leidt tot extra betalingen vergeleken met de situatie van vandaag. Wel kan de wijziging van artikel 13 ertoe leiden dat er meer aanbod van naturapolisvarianten komt. Daarbij is het mogelijk dat een aantal polissen goedkoper wordt, omdat de verzekeraar de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg zelf kan vast stellen en niet meer gehouden is het grootste deel van de rekening voor niet-gecontracteerde zorg te vergoeden.

Het Nederlandse zorgstelsel dient op het punt van grensoverschrijdende zorg te voldoen aan de Patiëntenrichtlijn. De Patiëntenrichtlijn beoogt patiënten zekerheid te bieden over de voorwaarden waaronder zorg in een andere lidstaat kan worden ingeroepen, onder meer door duidelijkheid te bieden over de hoogte van de vergoeding voor die zorg. Uit artikel 7 van de richtlijn vloeit voort dat de vergoeding van de kosten van niet gecontracteerde zorg gelijk mag worden gesteld aan de vergoeding die zou worden gegeven indien de zorg in eigen land zou zijn genoten. De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw doet niet af aan deze bepaling. Immers, in het geval de verzekerde heeft gekozen voor een naturaverzekering, zal de vergoeding voor zorg genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland op grond van de modelovereenkomst even hoog zijn als bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. De regering is van mening dat de voorgestelde wijziging van art 13 Zvw in overeenstemming is met de richtlijn.

Voor zover er, naar de regering ook erkent, ten aanzien van niet-gecontracteerde extramurale zorg te verlenen door zorgaanbieders die elders in de EU werkzaam zijn, spanning optreedt tussen artikel 13 (dat past binnen een privaatrechtelijk stelsel met publieke randvoorwaarden) en de Patiëntenrichtlijn (die lijkt uit te gaan van een publiekrechtelijk georganiseerde zorgstelsels) is dat het gevolg van de wijze waarop het Nederlandse stelsel is georganiseerd. Zoals de Raad van Sta in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014, ook opmerkt, leidt dit ertoe, dat beperkingen voor het patiëntenverkeer voortvloeien uit hetgeen de zorgverzekeraar en de verzekerde in de polis overeenkomen.

De leden van de SP-fractie vragen welke mogelijkheden de verzekerde heeft om zich bij te verzekeren direct nadat zich een bepaalde kwaal met een bepaalde behandeling door een bepaalde (door de verzekerde gewenste maar niet in zijn polis gecontracteerde) zorgverlener heeft geopenbaard. Deze leden vragen of dit een wenselijke situatie is.

De verzekerde kan uiterlijk tot 1 februari zijn verzekeringspolis wijzigen, mits hij zijn oude polis voor 1 januari heeft opgezegd. Dit betekent dat de verzekerde zich ervan bewust moet zijn dat hij gedurende het verzekeringsjaar toch onverwacht zorg nodig kan hebben en moet nadenken wat hij in een dergelijk geval met betrekking tot zijn verzekeringspolis wenselijk acht. Het staat verzekeraars overigens wel vrij om bepalingen op te nemen in hun polis die het mogelijk maken tussentijds op te zeggen (conform het Burgerlijk Wetboek). De commissie Don die de evaluatie van het risicovereveningssysteem heeft geëvalueerd⁴⁸, heeft destijds echter geoordeeld dat een ongeclausuleerde tussentijdse opzegmogelijkheid een verkapte methode is om het risico op het ontstaan van schade op de concurrenten af te wentelen. Naar aanleiding van de evaluatie van de commissie Don hebben de verzekeraars, die de tussentijdse opzegmogelijkheid in hun polissen aanboden, besloten deze mogelijkheid per 2013 niet meer toe te passen. Het tussentijds opzeggen kan ook in het licht van de opsporing van verzekeringsplichtige onverzekerden tot ongewenste effecten leiden. Immers, op deze manier kan een verzekeringsplichtige verzekerde op elk moment opzeggen en gedurende een periode van drie tot maximaal zes maanden onverzekerd zijn. De regering is vanwege deze nadelige effecten dan ook geen voorstander om de mogelijkheid tot het tussentijds overstappen aan te moedigen. De verzekerde heeft uiteraard wel het recht om de verzekering op te zeggen als er een wijziging optreedt in de polisvoorwaarden ten nadele van de verzekerde. Alle naturapolissen dekken het door de politiek vastgestelde basispakket en er zal voldoende moeten worden gecontracteerd waardoor de verzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet.

De leden van de SP-fractie vragen of een gevolg van de wetswijziging slechts delen van de ziekenhuiszorg worden gecontracteerd waardoor bijvoorbeeld intercollegiale verwijzingen bemoeilijkt worden of bepaalde specialisten in een maatschap niet meer actief kunnen zijn (want geen contract). Deze leden vragen zich af op welk niveau selectief gecontracteerd gaat worden.

Bij het selectief inkopen (zowel in de huidige situatie als na inwerking-treding van de wetswijziging) kunnen zorgverzekeraars bepalen om een zorgaanbieder, zoals een geheel ziekenhuis, niet langer te contracteren. Ook kunnen ze ervoor kiezen om bijvoorbeeld een specifieke behandeling als borstkankerzorg slechts bij een aantal ziekenhuizen te contracteren, zoals dat op dit moment in de praktijk ook reeds gebeurt. De regering verwacht dat zorgverzekeraars er bij het contracteren van zorg op zullen letten dat er niet te veel versnippering ontstaat in het zorgaanbod richting de patiënt. Dat is immers niet efficiënt, niet bevorderlijk voor de kwaliteit en kan daardoor extra kosten met zich mee brengen.

Als op verzoek van de hoofdbehandelaar of de patiënt bepaalde activiteiten door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd is er sprake van onderlinge dienstverlening. In dit geval wordt er onderling een tarief in rekening gebracht en brengt alleen de hoofdbehandelaar een zorgproduct in rekening bij de verzekeraar. Indien het zorgproduct van de hoofdbehandelaar gecontracteerd is, valt de activiteit van de niet-gecontracteerde arts onder het gecontracteerde zorgproduct en wordt deze activiteit dus aan de

⁴⁸ Kamerstukken TK 2011–2012, 29 689, nr. 391.

hoofdbehandelaar vergoed door de zorgverzekeraar. Consultatie van niet-gecontracteerde collega's door gecontracteerde artsen is dus nog steeds mogelijk. Een second opinion kan alleen door de patiënt worden gevraagd. Daarop bestaat, onder voorwaarden, aanspraak. Omdat het hierbij, anders dan bij de hiervoor beschreven onderlinge dienstverlening, gaat om een zelfstandige aanspraak, hangt het van de polisvoorwaarden af welke vergoeding de zorgverzekeraar in dat geval vergoedt bij een niet-gecontracteerde arts.

De leden van de SP-fractie geven aan dat het voorstel desastreus zal zijn voor de éénpitters in de zorg, zoals vrijgevestigde psychiaters/ psychotherapeuten, zorgverzekeraars zullen niet bereid zijn om met al deze kleine zelfstandigen apart te onderhandelen en vragen hierop een reactie.

In de eerste plaats staat voor de regering het belang van verzekerden en patiënten voorop. Door de wijziging van artikel 13 Zvw zal de kwaliteit van zorg verbeteren. Zorgverzekeraars krijgen namelijk de mogelijkheid om zorg die matig is en daarom niet gecontracteerd, niet meer te vergoeden als een verzekerde er toch gebruik van maakt. Deze druk op zorgaanbieders is wezenlijk voor de werking van ons zorgstelsel, omdat het zorgaanbieders prikkelt tot het leveren van goede zorg voor een goede prijs. Zorgverzekeraars zullen wellicht eerder geneigd zijn zorg in te kopen bij enkele grote bestaande zorgaanbieders. Bij zorginkoop spelen echter ook kwaliteitseisen mee en daarnaast zullen verzekeraars ook rekening moeten houden met de wensen van hun verzekerden. De regering grijp de zorgen dat kleine aanbieders extra hun best moeten doen om zich te bewijzen, maar dat geldt evenzo in andere sectoren. Daarnaast zal moeten blijken in welke mate verzekeraars de ruimte die artikel 13 biedt ten volle zullen benutten. De regering verwacht niet dat alle zorgverzekeraars de vergoeding voor alle zorgsoorten in geval daar geen contract aan ten grondslag ligt op 0 euro zullen vaststellen. Zij kunnen daarin differentiëren. Zo kan een verzekeraar wat scherper aan de wind gaan zeilen met lagere vergoedingen, maar een verzekeraar kan ook het verschil maken met juist wat hogere vergoedingen. Om het inkoopproces meer transparant te maken zijn in het wetsvoorstel een aantal transparantieverplichtingen aan zorgverzekeraars opgelegd. Verzekeraars worden verplicht om de procedure van zorginkoop en het inkoopbeleid plus kwaliteitsbeleid voor het daaropvolgende jaar voor 1 april kenbaar te maken. Daarnaast dienen verzekeraars transparant te zijn over hoe zij zorgaanbieders op een non-discriminatoire wijze behandelen gedurende de zorginkoopprocedure. Dit betekent onder andere dat zorgaanbieders niet mogen worden uitgesloten op basis van omvang; zowel grote als kleine aanbieders moeten dus toegang hebben tot het proces. Hierdoor krijgen zorgaanbieders een gelijke uitgangspositie.

De leden van de SP-fractie vragen wat de reden is dat in artikel 13aa lid 1 de meeste eerstelijnszorg wordt uitgezonderd van het gestelde in het nieuwe artikel 13 maar niet de zorg verleend door eerstelijns psychologen, aangezien juist (ook) in de eerstelijns gezondheid zorg de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt van groot belang is.

Verzekerden kunnen ook met aanbieders, die vormen van zorg bieden die niet uitgezonderd zijn van de wijziging van artikel 13 Zvw, een vertrouwensband hebben, zoals met een psycholoog. De regering is er echter geen voorstander van het maken van een uitzondering voor deze aanbieders gezien de afspraken die in de hoofdlijnenakkoorden voor de geestelijke gezondheidszorg zijn gemaakt. Samen met aanbieders, verzekeraars en patiënten zijn deze hoofdlijnenakkoorden gesloten. Zij hebben ingestemd met de wijziging van artikel 13 Zvw, om op die manier

de doelstellingen uit de akkoorden te kunnen realiseren. Daarnaast is door afspraken in datzelfde hoofdlijnenakkoord GGZ over ambulantisering een grote verschuiving van zorgvraag naar de eerstelijns te verwachten. In 2020 moet eenderde van de intramurale bedden zijn afgebouwd ten opzichte van 2008. Deze zorg wordt ambulant geleverd in de buurt. Dat betekent dat er heel veel werk zal afkomen op de eerstelijns psychologische zorg. Juist nu is er regie nodig in de opbouw van de eerstelijns GGZ die hiervan het gevolg is. Daarom is het cruciaal dat de verzekeraar afspraken kan maken in de contracten over de organisatie, de kwaliteit, de extra aandacht, etcetera die nodig is om deze transitie goed te laten verlopen.

Ten aanzien van de uitwerking van deze verandering zijn er duidelijke waarborgen nodig, zodat ook de aangepaste naturapolis voldoende keus biedt en de restitutiepolis een reëel alternatief is. De leden van de SP-fractie vragen hoe de regering dit gaat regelen?

Door de wetswijziging wordt het voor verzekeraars mogelijk om een gedifferentieerder palet aan polissen aan te bieden. Naast de bestaande restitutiepolissen en combinatiepolissen, wordt het voor verzekeraars mogelijk om diverse vormen van naturapolissen aan te bieden. Hierdoor neemt het aantal keuzeopties voor de verzekerde juist toe. Verzekeraars kunnen ervoor kiezen om naturapolissen aan te bieden die vergelijkbaar zijn met de huidige naturapolissen, waarbij een breed aanbod is gecontracteerd en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gemiddeld ligt op 75 a 80%. Daarnaast ontstaat er ook de mogelijkheid om naturapolissen aan te bieden, waar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager is vastgesteld, bijvoorbeeld op 50%, 30% of zelfs 0%. In alle gevallen dienen zorgverzekeraars echter te blijven voldoen aan hun zorgplicht en dienen zij dus altijd voldoende zorg te contracteren. Daarnaast blijft ook voor verzekerden met een naturapolis keuzevrijheid bestaan binnen het gecontracteerde aanbod. Op deze wijze krijgen verzekerden juist meer te kiezen.

De leden van de SP-fractie vragen uit hoeveel artsen iedere verzekerde minimaal moet kunnen kiezen en of er verschillen zijn per medisch specialisme, per aandoening of per regio.

Op zichzelf waardeert de regering de suggestie dat iedere verzekerde uit een minimumaantal aanbieders zou moeten kunnen kiezen als garantie voor voldoende keuzevrijheid. De regering ziet hier echter ook praktische bezwaren. Het wettelijk criterium waarop de zorgverzekeraar wordt afgerekend is of hij zijn zorgplicht nakomt. Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag van de Tweede Kamer is gesteld is niet in het algemeen te zeggen hoeveel zorgaanbieders een naturaverzekerde moet hebben gecontracteerd, wil hij aan zijn zorgplicht (voor in natura verzekerde zorg) hebben voldaan.

Dit hangt af van de grootte van de regio, het aanwezige zorgaanbod, de vorm van zorg waar het om gaat en het aantal, spreiding en waarschijnlijk zorgbehoefte van de verzekerden in die regio. Als het gaat om bereikbaarheid en tijdigheid stelt de NZa in zijn Toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars⁴⁹ ook gedifferentieerde eisen aan de verschillende vormen van zorg. Een keuze uit drie aanbieders voor een longtransplantatie is van een totaal andere orde dan kiezen uit drie huisartsen of dermatologen. De regering denkt dat het voor het beschikbare keuzepalet aan zorgpolissen te verstarrend zou werken om nu van zorgverzekeraars te eisen dat voor iedere verzekerde voor iedere zorgvorm een minimaal

⁴⁹ NZa, «Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-009)», december 2013, te raadplegen via www.nza.nl.

aantal aanbieders moeten zijn gecontracteerd. Bovendien houdt de NZa toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Die zal daarbij het type zorg (complex/niet complex, veel/weinig patiënten) betrekken.

De leden van de SP-fractie vragen of artsen alleen nog een collega kunnen consulteren of een second opinion kunnen aanvragen bij een door de verzekeraar gecontracteerde arts.

Als op verzoek van de hoofdbehandelaar of de patiënt bepaalde activiteiten door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd is er sprake van onderlinge dienstverlening. In dit geval wordt er onderling een tarief in rekening gebracht en brengt alleen de hoofdbehandelaar een zorgproduct in rekening bij de verzekeraar. Indien het zorgproduct van de hoofdbehandelaar gecontracteerd is, valt de activiteit van de niet-gecontracteerde arts onder het gecontracteerde zorgproduct en wordt deze activiteit dus aan de hoofdbehandelaar vergoed door de zorgverzekeraar. Consultatie van niet-gecontracteerde collega's door gecontracteerde artsen is dus nog steeds mogelijk. Een second opinion kan alleen door de patiënt worden gevraagd. Daarop bestaat, onder voorwaarden, aanspraak. Omdat het hierbij, anders dan bij de hiervoor beschreven onderlinge dienstverlening, gaat om een zelfstandige aanspraak, hangt het van de polisvoorwaarden af welke vergoeding de zorgverzekeraar in dat geval vergoedt bij een niet-gecontracteerde arts.

De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre de continuïteit van zorg voor chronisch patiënten gewaarborgd zal blijven.

De wijziging van artikel 13 Zvw heeft geen invloed op de continuïteit van zorg voor chronisch patiënten. Het is in het belang van de zorgverzekeraar om alle zorg die een chronisch patiënt nodig heeft te contracteren, hiertoe is hij ook verplicht op grond van zijn zorgplicht. Bij het selectief inkopen kunnen zorgverzekeraars bepalen om een zorgaanbieder, zoals een geheel ziekenhuis, niet langer te contracteren. Ook kunnen ze ervoor kiezen om bijvoorbeeld een specifieke behandeling als borstkankerzorg slechts bij een aantal ziekenhuizen te contracteren, zoals dat op dit moment in de praktijk ook reeds gebeurt.

De regering verwacht dat zorgverzekeraars er bij het contracteren van zorg op zullen letten dat er niet te veel versnippering ontstaat in het zorgaanbod richting de patiënt. Dat is immers niet efficiënt en kan daardoor extra kosten met zich mee brengen. Juist ketenvorming biedt meerwaarde voor de patiënt en zal derhalve positief worden gewaardeerd.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het zal gaan met al die collectiviteiten die nu gezamenlijk een naturapolis hebben, vallen die straks uiteen omdat de verschillende leden verschillend gaan kiezen, wat is de verwachting?

De verwachting is dat zorgverzekeraars meer zullen gaan differentiëren in het polisaanbod. Voor verzekerden valt er daardoor meer te kiezen. In welke mate dit de mobiliteit van verzekerden gaat beïnvloeden en of collectief verzekerden massaal gaan overstappen naar andere polissen is niet te voorspellen. Via de marktscans van de NZa zullen we de ontwikkelingen volgen.

De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre zorgverzekeraars in staat zijn de kwaliteit van de aangeboden zorg te beoordelen?

Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is essentieel voor het functioneren van het stelsel. Bij de zorginkoop is ruimte voor verbetering ten aanzien van het aspecten kwaliteit, zoals de NZa ook constateert in haar monitor Zorginkoop⁵⁰. Het is van belang te realiseren dat er bij de invoering van de Zvw in 2006, zo goed als geen openbare informatie was over de kwaliteit van zorg, noch voor patiënten, noch voor verzekeraars. Het systeem gaf daar ook geen aanleiding toe want verzekerden konden niet kiezen. De opbouw van deze kwaliteitstransparantie is eigenlijk pas begonnen sinds de invoering van de Zvw. Het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg is in ontwikkeling en het kost tijd om volledige transparantie over de kwaliteit van zorg te realiseren. Dat is ook niet verrassend: definiëring van kwaliteit is moeilijk en het creëren van consensus over wat goede kwaliteit is in een sector, neemt tijd.

Om het vertrouwen in het zorgstelsel en in de rol van de zorgverzekeraar te vergroten, hebben zorgverzekeraars er zelf belang bij dat de keuzes rondom zorginkoop voor verzekerden en aanbieders inzichtelijk worden gemaakt. De regering ziet dat verzekeraars hierin stappen zetten. Een voorbeeld dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteit inkopen is het voorbeeld van de borstkankeroperaties, waarbij zorgverzekeraars deze zorg alleen nog inkopen bij ziekenhuizen die voldoen aan de eisen van de beroepsgroep. Er wordt ook steeds meer gewerkt met spiegelinformatie om zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken, zoals bijvoorbeeld bij huisartsen. Ook uit het rapport «Doelmatigheid in de zorginkoop»⁵¹ blijkt dat verzekeraars stappen zetten.

Hiernaast is in het voorliggende wetsvoorstel een verplichting voor verzekeraars opgenomen dat zij het kwaliteitsbeleid dat bij de zorginkoop wordt gehanteerd jaarlijks voor 1 april t-1 transparant maken. Op die manier wordt het voor verzekerden transparant op basis van welke kwaliteitscriteria zorgverzekeraars inkopen en kunnen hiermee rekening houden bij de keuze voor een zorgverzekering.

De regering stimuleert transparantie van kwaliteit via het Zorginstituut Nederland. Door het stimuleren van de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten draagt het Zorginstituut Nederland bij aan inzicht in wat goede zorg is en waar die geleverd wordt en met specifieke aandacht voor het perspectief van de patiënt.

De leden van de SP merken op dat zorgaanbieders niet volledig afhankelijk moeten worden van zorgverzekeraars, en vragen welke maatregelen de regering kan nemen als blijkt dat door de wijziging van artikel 13 de marktmacht van de zorgverzekeraars nog verder toeneemt?

In de recent verschenen evaluatie van de Zvw⁵² wordt met betrekking tot het functioneren van de zorginkoopmarkt geconcludeerd dat de machtsbalans op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in disbalans is ten faveure van sommige zorgaanbieders. Uiteraard zijn er regionale verschillen waarneembaar en geldt dit niet voor kleinere aanbieders in de eerste lijn. De onderzoekers wijzen op een gebrek aan macht van zorgverzekeraars om aanbieders te dwingen op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit betere prestaties te leveren.

Om de balance of power op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseren de onderzoekers om artikel 13 van de Zvw aan te passen en uitkomstindicatoren versneld en verplicht transparant te maken via art 38

⁵⁰ Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 498 en 520.

⁵¹ Kamerstukken TK 2012–2013, 30 597, nr. 278.

⁵² KPMG Plexus, Evaluatie Zorgverzekeringwet en Wet op de Zorgtoeslag, juni 2014.

WVG en/of via het kwaliteitsinstituut. Door de wijziging van artikel 13 wordt het voor verzekeraars beter mogelijk selectief in te kopen en hun verzekerden te sturen naar gecontracteerd aanbod, waarbij op prijs en kwaliteit wordt gelet. De regering is dus van mening dat door deze maatregel een betere balans zal ontstaan in de marktmacht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Daarnaast legt de wetswijziging de verzekeraar ook extra verplichtingen op, over het tijdig publiceren van het zorginkoopbeleid en -procedure, evenals het kwaliteitsbeleid. Door de wetswijziging wordt tevens druk gezet op de verzekeraar om tijdig contracten te sluiten met zorgaanbieders en de transparantie tegenover verzekerden te verhogen.

Dit voorjaar heeft het Ministerie van VWS een rondgang georganiseerd door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprek gingen met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Met name eerstelijns aanbieders hebben daar hun zorgen geuit over het contracteringsproces door de zorgverzekeraar. Tijdens de ronde bleek echter ook dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. Ik verwijs u graag naar een brief van 22 juli 2014⁵³ waarin voorbeelden van dergelijke initiatieven staan geschetst. De komende periode zal de regering initiatieven nemen om de ruimte voor samenwerking maximaal te verkennen en deze best practices te verspreiden.

De regering wijst er voorts op dat de markttoezichthouders NZa en ACM toezicht houden op de zorgmarkt. In de zorgmarkten bestaat een aantal mogelijke vormen van marktfalen, zoals het ontstaan van marktmacht. Marktmacht kan de ontwikkeling van concurrentie en de vrije markt beperken en is daarom onwenselijk. Bij marktfalen kan overheidsingrijpen noodzakelijk zijn, zolang dit ingrijpen proportioneel is ten opzichte van het nagestreefde doel. Op basis van de WVG heeft de NZa onder meer mogelijkheid om het instrumentarium aanmerkelijke marktmacht (AMM) in te zetten. Daarbij kan de NZa zorgaanbieders of zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen, waaronder een contracteerplicht of een prijsplafond.

In aanvulling op dit sectorspecifieke toezicht is het generiek mededingingstoezicht van toepassing. Zodra er sprake is van een onderneming onder de Mw heeft de ACM een toezichthoudende rol. De ACM grijpt in op grond van de Mw indien gedragingen van en tussen ondernemingen de concurrentie en de keuzevrijheid voor patiënten of verzekerden belemmeren. Dit betreft overtreding van het kartelverbod, misbruik van economische machtspositie of een significante beperking van de mededinging als gevolg van concentraties.

In de recente evaluatie van de WVG en de NZa is door AEF vastgesteld dat de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht het standpunt inneemt dat verkoopmacht (marktmacht van zorgaanbieders) schadelijker is dan inkoopmacht (marktmacht van zorgverzekeraars), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars ten goede komt aan de consument. Klachten over inkoopmacht worden door de NZa vrijwel standaard afgewezen. Dit beleidsuitgangspunt is naar het oordeel van AEF echter gestoeld op aannames die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn, onder andere door de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en selectief contracteren. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven monitoren en bij te stellen wanneer wetgeving of marktomstandigheden veranderen. Gelet op deze

⁵³ EK, 2013–2014, 33 253, J.

aanbeveling van AEF zal de NZa haar beleidsuitgangspunt tegen het licht houden en waar nodig bijstellen dan wel haar keuze beter toelichten.

De leden van de SP-fractie vragen op welke termijn de regering verwacht het hele traject van onderhandelen, contracteren, opstellen van polissen, keuzes voorleggen aan patiënten en het afsluiten van polissen gereed zal zijn. Is hier een tijdspad voor en welke eisen worden aan de communicatie gesteld.

Indien de Eerste Kamer voor het einde van 2014 instemt met het wetsvoorstel, zal deze op 1 januari 2015 in werking treden. Verzekeraars worden verplicht om de procedure van zorginkoop en het inkoopbeleid voor 1 april 2015 kenbaar te maken. Hierbij dienen verzekeraars ervoor te zorgen dat hun inkoopbeleid non-discriminair is. Vervolgens dienen zorgverzekeraars zes weken voorafgaand aan het kalenderjaar 2016 duidelijkheid te bieden over welke zorgaanbieders zij hebben gecontracteerd. Indien de zorgverzekeraar dit nalaat en de verzekerde niet zes weken voor het begin van het verzekeringsjaar had kunnen weten dat een door hem of haar ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd is, wordt de zorgverzekeraar verplicht om deze zorg volledig te vergoeden. Deze bepaling in het wetsvoorstel zal verzekeraars stimuleren de contracten tijdig af te ronden. De polissen dienen uiterlijk op 19 november in het bezit van verzekerden te zijn. Voor 1 januari 2016 dient de verzekerde zijn verzekering op te zeggen indien hij voor een andere verzekering wil kiezen. Hij dient dan uiterlijk voor 1 februari 2016 een polis af te sluiten. Daarnaast zal de NZa per 2016 rapporteren over de ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop en over de wijze waarop zorgverzekeraars invulling geven aan de transparantieverplichtingen die aan hen met dit wetsvoorstel zijn opgelegd.

De leden van de SP-fractie vragen of verzekerden, naar aanleiding van artikel 13aa Zvw, waarin diverse vormen van zorg zijn uitgezonderd van de wijziging van artikel 13 Zvw, recht hebben op vergoeding van de zorg, ongeacht of daaraan een contract met de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt? Betekent dit dat de zorgverzekeraar weliswaar zelf de hoogte van de vergoeding kan bepalen, doch wel is gehouden aan het hinderpaalcriterium van minimaal 75–80% vergoeding?

De vergoedingsregeling voor de genoemde zorgvormen in artikel 13aa Zvw blijft aansluiten bij de huidige regeling in artikel 13 Zvw, waarbij in de memorie van toelichting is gesteld dat de omvang van de vergoeding voor de niet-gecontracteerde zorg niet zodanig mag zijn dat deze feitelijk verhindert dat de verzekerde niet-gecontracteerde zorg inroept. Dat wil zeggen dat voor deze vormen van zorg geldt dat de verzekerde recht heeft (indien hij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat) op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding waarbij het hinderpaalcriterium van toepassing is.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het gestelde in art. 13aa Zvw en de bepaling uit de Wmg, danwel de NZa-beleidsregels zich tot elkaar verhouden, nu is vastgelegd dat voor declaratie van (huisartsen) zorg, met uitzondering van de inschrijf- en consultatie, een contract met minimaal één zorgverzekeraar is vereist. De leden van de SP-fractie vragen of een zorgverzekeraar de door een huisarts geleverde zorg dient te vergoeden op basis van art. 13aa Zvw, indien dit zorg betreft waarop op basis van de beleidsregels van de NZa een contract vereist is. Dit bezien van uit een huisarts die geen contract heeft met een zorgverzekeraar. En indien dit het geval is, prevaleert artikel 13aa daarmee boven het contractvereiste, zoals neergelegd in de NZa-beleidsregels? Voorts vragen de leden van de SP-fractie of de verplichting van de zorgverzekeraar om

zorg die een huisarts levert (gedeeltelijk) te vergoeden alle vormen van zorg betreft, of dat er onderdelen van huisartsenzorg hiervan worden uitgesloten. De leden van de SP-fractie vragen tevens of zorggroepen die geen contract hebben met een zorgverzekeraar naar analogie van de huisarts, aanspraak maken op gedeeltelijke vergoeding van de geleverde zorg, als ketenzorg dementie, COPD, CVRM en ouderen). De leden van de SP-fractie vragen tevens of diensten geleverd door een huisartsenpost, zonder dat er sprake is van een contract met een zorgverzekeraar, wel voor (gedeeltelijke) vergoeding in aanmerking komen.

De wettelijke bepalingen, zoals het voorgestelde artikel 13aa van de Zvw, regelen de vergoeding van zorg terwijl in de NZa-beleidsregels wordt vastgelegd welke prestaties en tarieven zorgaanbieders mogen declareren en onder welke voorwaarden.

Voor aanbieders van huisartsenzorg verandert er in de praktijk niets door wijziging van de Zvw op dit punt. Zij hebben straks te maken met eenzelfde werking van artikel 13, zoals dat nu het geval is.

Met ingang van 1 januari 2015 voert de NZa voor huisartsen nieuwe prestaties en tarieven in. Daarbij stelt de NZa voor het declareren van bepaalde prestaties in de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar verplicht. De beleidsregels van de NZa sluiten daarmee grotendeels aan bij de huidige situatie. De NZa vertaalt daarmee in de beleidsregels de afspraken die zijn vastgelegd in het bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017. In het bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 zijn de hoofdlijnen vastgelegd van het nieuwe bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg dat per 1 januari 2015 wordt ingevoerd. Het bekostigingsmodel is opgebouwd uit drie segmenten: 1) de basis huisartsenvoorziening, 2) programmatische multidisciplinaire zorg en 3) resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Voor de declaratie van prestaties die binnen de basis huisartsenvoorziening vallen geldt geen contractvereiste, overeenkomstig de huidige situatie. De enige uitzondering daarop vormt een aantal verrichtingen die nu nog op de beleidsregel Modernisering en Innovatieverrichtingen staan en waarvoor een contractvereiste geldt dat tijdelijk (voor 1 jaar) wordt gecontinueerd in 2015. Voor de declaratie van prestaties in segment twee geldt een contractvereiste, overeenkomstig de huidige situatie. Voor prestaties in het segment resultaatbeloning en zorgvernieuwing geldt een contractvereiste; bij zorgvernieuwing sluit dat aan bij de huidige situatie, voor resultaatbeloning ligt een overeenkomst voor de hand, omdat daarin de resultaatafspraken wordt vastgelegd tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en daarmee duidelijk wordt gemaakt wat het resultaat is dat wordt beloond. Zonder contract ontbreekt die duidelijkheid.

Ten aanzien van de diensten geleverd door de huisartsenpost geldt dat er geen sprake is van een contractvereiste in de beleidsregels en dat dat ook niet het geval zal zijn in 2015.

De leden van de SP-fractie stellen vast dat het Zvw-pgb per tweede nota van wijziging in het voorliggende wetsvoorstel is opgenomen, na bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS. Uit de toelichting bij die nota van wijziging maken de leden van de SP-fractie op dat dit op verzoek van de Tweede Kamer plaats heeft gevonden, in verband met de overheveling verpleging en verzorging vanuit de AWBZ naar de Zvw. De leden vragen de regering om toe te lichten waarom het juist bij dit wetsvoorstel is ondergebracht. Het zou naar de mening van de fractieleden van de SP logischer zijn geweest om het Zvw-pgb onder te brengen bij de Wlz.

De Tweede Kamer heeft een motie van de leden Bergkamp c.s.⁵⁴ aangenomen. In die motie wordt de regering verzocht in overleg te treden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo, een belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget, over de manier waarop het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zvw verankerd kan worden. Afsproken is om het Zvw-pgb wettelijk te verankeren. Vervolgens heeft de regering het voorliggende wetsvoorstel met de tweede nota van wijziging zo aangepast, dat het wetsvoorstel daar nu deel van uitmaakt. De regering ziet niet in waarom het Zvw-pgb beter in de Wlz zou kunnen worden ondergebracht. Technisch gezien zou het uiteraard mogelijk zijn geweest om het Zvw-pgb via het wetsvoorstel Wlz in de Zvw te regelen. Daar is niet voor gekozen. Het Zvw-pgb introduceert immers het pgb in de Zvw, terwijl het pgb al langer in de AWBZ bestaat en, indien het wetsvoorstel Wlz wordt aangenomen, in de Wlz zelfs een wettelijk verankerde leveringsvorm zal zijn. Zodoende vormt het PGB een extra keuzemogelijkheid voor de verzekerde naast de inkoop van wijkverpleging via de naturaverzekeraar. Het PGB valt buiten de werking van artikel 13 Zvw. Daarnaast ziet de regering geen reden om de introductie van het Zvw-pgb afhankelijk te laten zijn van de parlementaire afronding van het wetsvoorstel Wlz.

In de polissen van de zorgverzekeraars komt – onder voorwaarden – de mogelijkheid van een Zvw-pgb voor de aanspraak verpleging en verzorging, zo stellen de leden van de SP-fractie vast. De leden vragen hoe het Zvw-pgb verder wordt uitgewerkt en of dit plaats zal vinden via een ministeriële regeling? Zij vragen verder welke afbakening van de doelgroep zal gelden en hoe die doelgroep wordt bepaald. Verder vragen de leden van de SP-fractie de regering om toe te lichten aan welke criteria de zorgvraag moet voldoen.

In de Zvw wordt een opdracht aan zorgverzekeraars geregeld om het Zvw-pgb in iedere zorgpolis op te nemen. In het artikel waarmee het pgb in de Zvw wordt geregeld, het voorgestelde artikel 13a, wordt bovendien een mogelijkheid opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te regelen onder welke voorwaarden de verzekerde in aanmerking komt voor een pgb. De uitwerking van de Zvw-pgb zal in plaatsvinden volgens de afspraken die tussen de Minister en Staatssecretaris van VWS, ZN, en Per Saldo zijn gemaakt.⁵⁵ Deze afspraken gaan over de doelgroep van het Zvw-pgb, de toegang tot het Zvw-pgb, het proces van aanvraag en verlening, het bepalen van de omvang, de verwerking van declaraties, het toezicht door de zorgverzekeraar, het overgangsrecht, weigerings- herzienings- en intrekkinggronden en enige slotbepalingen. Uit de systematiek van de Zvw volgt dat zorgverzekeraars in beginsel zelf de vrijheid hebben de voorwaarden in te vullen. De verzekeraars zullen dit in lijn met de gemaakte bestuurlijke afspraken gaan doen. Indien echter blijkt dat de gemaakte afspraken niet voldoende worden nagekomen, dan heeft de regering dus een mogelijkheid om de voorwaarden bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nader in te vullen.

Artikel 13a geeft tevens de mogelijkheid om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur de hoogte van de vergoeding van de met een Zvw-pgb vergoede zorg te regelen. Deze grondslag zal voornamelijk alleen gebruikt worden om in het Besluit zorgverzekering te regelen dat er een maximum zal gelden voor de vergoeding van zorgverlening door een niet-professional. Bij ministeriële regeling zal vervolgens het maximum-bedrag worden bepaald.

⁵⁴ Kamerstukken II 2013/14, 25 657, nr. 99.

⁵⁵ Bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 25 657, nr. 104.

Het Zvw-pgb is bedoeld voor verzekerden die langdurig op extramurale verpleging en verzorging (wijkverpleging) zijn aangewezen. Ook gaat het om verzekerden die intensieve kindzorg nodig hebben. Bij die eerste groep is in de afspraken tussen partijen bovendien aangegeven dat het niet gaat om functiebeperkingen die worden veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Dat wil niet zeggen dat ouderen niet in aanmerking komen voor een Zvw-pgb. Als deze mensen voldoen aan de inhoudelijke criteria, komen ze in beginsel in aanmerking voor een Zvw-pgb. De zorgvraag moet voldoen aan één of meer van de volgende criteria die door het Ministerie van VWS, Per Saldo en ZN zijn overeengekomen:

- de verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen of meerdere locaties;
- de verzekerde heeft zorg nodig die moeilijk is te plannen, omdat deze zorg steeds nodig is op verschillende tijden, op korte momenten gedurende de dag, of op afroep;
- de verzekerde heeft 24 uur per dag direct beschikbare zorg of zorg op afroep nodig, of
- de verzekerde heeft een noodzakelijke behoefte aan vaste zorgverleners die specifieke zorg verlenen of een behoefte aan het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland heeft een indicatie-instrument ontwikkeld dat gebruikt kan worden bij het vaststellen van de zorg en de zorgtoewijzing van de prestatie wijkverpleging. Dit instrument zal ook gelden voor de toegang tot het Zvw-pgb. De toegang van het Zvw-pgb is dus gelijk aan de toegang tot gecontracteerde wijkverpleging. Naast de zorginhoudelijke criteria geldt dat de verzekerde in staat moet zijn om op eigen kracht of met behulp van een vertegenwoordiger de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen uit te voeren. Hetzelfde geldt voor de keuze voor het werkgeverschap en dat met het pgb verbonden is, met inbegrip van het afstemmen van de zorgverlening tussen de verschillende zorgverleners. De zorgverzekeraar bepaalt uiteindelijk of de verzekerde aan de voorwaarden voldoet.

De leden van de SP-fractie vragen of de mogelijkheid van een Zvw-pgb in alle soorten polissen moet worden opgenomen en of deze onderdeel uit zal maken van de basiszorg.

Op grond van het voorgestelde artikel 13a moet het Zvw-pgb voor persoonlijke verzorging en verpleging (wijkverpleging) worden opgenomen in alle polissen, dus zowel in de natura- als in de restitutiepolissen. Het Zvw-pgb kan worden ingezet voor de prestatie wijkverpleging die vanaf 1 januari 2015 onderdeel uitmaakt van het basispakket.

De leden van de SP-fractie vragen of voor de aanvraag en toekenning een budgetplan nodig is en hoe dat in zijn werk gaat. Houdt dat ook in dat de aanvrager weer een heel traject zal moeten doorlopen van formulieren invullen en bewijsstukken overleggen, zoals ook nodig was bij een eerdere aanvraag PGB toen nog onder de AWBZ vallend?

Er worden, vergelijkbaar met de huidige situatie in de AWBZ en de toekomstige Wlz, verschillende stappen gezet om zorgvuldig te beoordelen welke zorg de verzekerde nodig heeft en van welk zorgaanbod hij daarbij gebruik kan maken. De wijkverpleegkundige zal om te beginnen vaststellen of er aanspraak is op verpleging en verzorging en zal, indien dat het geval is, samen met de verzekerde een zorgplan opstellen. De verzekerde kan zich daarna oriënteren op zorg, waarbij hij zich een oordeel kan vormen over de beschikbare zorg in natura en zich kan oriënteren op zorg die hij eventueel zelf zou kunnen inkopen met een Zvw-pgb. Als hij vervolgens wil kiezen voor een Zvw-pgb, dan kan hij zich

met een budgetplan bij zijn zorgverzekeraar melden die op basis van het budgetplan bekijkt of de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Na akkoord van de zorgverzekeraar legt de verzekerde op verzoek de gesloten zorgovereenkomsten over, waarop de zorgverzekeraar, indien hij dat als voorwaarde gesteld heeft, akkoord moet verlenen. Deze laatste stap is in lijn met de wijze waarop dat bij het trekkingsrecht is geregeld, waarbij het zorgkantoor akkoord dient te verlenen op de zorgovereenkomsten.

Deze stappen zijn nodig om ervoor te zorgen dat de verzekerde de zorg krijgt die hij nodig heeft en hem te beschermen tegen het maken van kosten, als hij niet voor de zorg in aanmerking komt.

De leden van de SP-fractie vragen tussen welke partijen overgangsafspraken moeten worden gemaakt.

Bij de overgangsafspraken waar de leden van de SP-fractie naar verwijzen gaat het om afspraken tussen het Ministerie van VWS met ZN en Per Saldo. Het gaat om afspraken over een overgangsperiode voor de verzekerden met een AWBZ-pgb die op basis van de criteria voor het Zvw-pgb vanaf 1 januari 2015 niet in aanmerking zouden komen voor een Zvw-pgb. Om deze verzekerden tijd te geven om zich voor te bereiden op deze wijziging van hun situatie, kunnen zij hun pgb gedurende een afgesproken overgangsperiode voortzetten onder de Zvw. Meer concreet houdt dit in dat verzekerden die op 31 december 2014 een geldige indicatie hebben voor verpleging en verzorging en die zorg inkopen met een pgb, zo lang de indicatie geldt, maar uiterlijk tot en met 31 december 2015, hun zorg kunnen voortzetten met een Zvw-pgb. In 2015 zal duidelijk worden of de verzekerde na de overgangsperiode ook nog in aanmerking komt voor een Zvw-pgb onder de voorwaarden die op basis van de gemaakte afspraken onder de Zvw gelden.

De leden van de SP-fractie vragen of bij benadering te zeggen is over hoeveel gevallen dit zal gaan.

Op dit moment maakt een groep van ca. 38.000 personen gebruik van het pgb voor de verpleging en verzorging die van de AWBZ naar de Zvw wordt overgeheveld. Of al deze mensen ook onder de Zvw gebruik zullen maken van het Zvw-pgb is op dit moment nog niet te zeggen. Dat hangt onder meer af van het aanbod van zorg in natura dat de zorgverzekeraars zullen gaan aanbieden. Uiteraard geldt per 1 januari 2015 wel een overgangsregeling.

De leden van de SP-fractie vragen hoe eventuele verschillende PGB-en op elkaar kunnen /moeten aansluiten. Zij stellen dat iemand die een PGB-Zvw wenst waarschijnlijk ook zorg nodig heeft vallend onder de WMO. Zij vragen op welk niveau daarvoor wordt samengewerkt en of het betekent dat de aanvrager verschillende loketten en verschillende bureaucratieën moet overwinnen.

Uitgangspunt is dat de pgb's in de vier domeinen zoveel als mogelijk op elkaar aansluiten. Dat geldt in het bijzonder voor de Jeugdwet en de WMO 2015, omdat beide door de gemeenten worden uitgevoerd. Ook is een vergelijkbaar pgb van belang omdat sommige cliënten zowel een pgb kunnen krijgen vanuit de gemeente (Wmo 2015 of Jeugdwet) als de verzekeraar (Zvw-pgb). De verschillende wettelijke domeinen kennen karakterologisch en terminologisch echter ook verschillen. Ook daarmee is rekening gehouden bij de vormgeving van het instrument binnen de verschillende domeinen, zodat het instrument past binnen het grotere

geheel van de wijze waarop de zorg onder de betreffende wet is georganiseerd.

De vormgeving van het pgb onder de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Wlz verschilt van die van het Zvw-rgb. De reden daarvan is onder meer dat de Zvw al een mogelijkheid van restitutie kent en het Zvw-rgb daar een bijzondere vorm onder voorwaarden van is, terwijl het instrument pgb in de andere wetten de enige wijze is waarop een cliënt zijn zorg anders dan in natura kan krijgen. Dat betekent ook dat het Zvw-rgb in de uitvoering vooral zal gaan aansluiten bij de wijze waarop zorgverzekeraars de restitutiepolis uitvoeren.

De leden van de SP-fractie constateren dat bij de mate van vergoeding wordt vermeld dat het in eerste instantie alleen benut zal worden voor een «mantelzorg» tarief. Zij vragen wat dat inhoudt.

Het vaststellen van tarieven is een bevoegdheid van de NZa op grond van de Wet marktovereenkomst gezondheidszorg (Wmg). De Wmg heeft alleen betrekking op zorg die beroeps- of bedrijfsmatig wordt verleend. Dat betekent dat de zorg door niet-professionele zorgverleners niet onder de bevoegdheid van de NZa valt. Niet-professionele zorgverleners worden echter regelmatig ingezet met een persoonsgebonden budget. Om dit gat op te vangen, is besloten om in het voorliggende wetsvoorstel de mogelijkheid op te nemen om in lagere regelgeving te voorzien in een maximale vergoeding voor niet-professionals.

Ook de Regeling subsidies AWBZ kent op dit moment al een tarief voor niet-professionals. Dit zal worden voortgezet onder de Wet langdurige zorg. Bij de uitwerking van de vergoeding van niet-professionals voor het Zvw-rgb zal daar zoveel mogelijk bij worden aangesloten.

De leden van de SP-fractie vragen of dit PGB net als de andere PGB-en door het SVB wordt uitgekeerd, waarbij het aan dezelfde voorwaarden moet voldoen of door de zorgverzekeraar.

De vormgeving van het pgb onder de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Wlz verschilt van die van het Zvw-rgb. De reden daarvan is onder meer dat de Zvw al een mogelijkheid van restitutie kent en het Zvw-rgb daar een bijzondere vorm onder voorwaarden van is, terwijl het instrument pgb in de andere wetten de enige wijze is waarop een cliënt zijn zorg anders dan in natura kan krijgen. Dat betekent ook dat het Zvw-rgb in de uitvoering vooral zal gaan aansluiten bij de wijze waarop zorgverzekeraars de restitutiepolis uitvoeren. Dat betekent onder meer dat, anders dan bij de andere wetten, geen trekkingsrecht bij de SVB wordt belegd. De uitvoering van de restitutiepolis door zorgverzekeraars is in zichzelf immers een soort trekkingsrecht.

Met de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en het Ministerie van VWS zijn afspraken vastgelegd over de voorwaarden en de wijze van aanvraag en verlening van het Zvw-rgb. Zorgverzekeraars werken deze afspraken nader uit in hun polissen en een daaronder vallend reglement met betrekking tot het Zvw-rgb.

De leden van de SP-fractie vragen of de private zorgverzekeraars kunnen concurreren op de uurtarieven voor een PGB-Zvw of dat deze door de NZA worden vastgesteld.

Er is een onderscheid tussen de tarieven, zoals die worden vastgesteld door de NZa, en de vergoeding die de zorgverzekeraar biedt. Het tarief dat wordt vastgesteld door de NZa is een maximumtarief. Zorgverleners mogen niet meer in rekening brengen dan dat tarief en zorgverzekeraars

mogen niet meer vergoeden. Het vaststellen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is, binnen het maximum zoals vastgesteld door de NZa, een verantwoordelijkheid en bevoegdheid van de zorgverzekeraar. Er kan dan ook verschil zijn in de vergoeding die verschillende zorgverzekeraars bieden. Dat moet blijken uit de polissen.

Overigens is in de bestuurlijke afspraken tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Per Saldo en VWS afgesproken dat het moet gaan om bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of om een aantal uren tegen een toereikend tarief.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij de verantwoordelijkheid voor de wijkverpleging als een groot financieel risico zien. De leden van de fractie van de SP vragen naar de stand van zaken met betrekking tot het overleg tussen VWS en ZN over een adequaat vereveningsmodel voor wijkverpleging.

De regering zet in 2015 een beperkte stap richting risicodragendheid voor de kosten voor wijkverpleging (in 2017) waardoor het financieel risico dat zorgverzekeraars in 2015 lopen verantwoord is. De komende jaren ligt de hoogste prioriteit op het ontwikkelen van een adequaat ex-ante vereveningsmodel voor de kosten voor verpleging en verzorging. Hiertoe worden onderzoeken uitgevoerd in het kader van het onderzoeksprogramma risicoverevening. Het onderzoeksprogramma voor het risicovereveningsmodel 2016 is gestart en loopt tot en met mei 2015. Zorgverzekeraars Nederland is hierbij betrokken door deelname in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)⁵⁶. Ook vindt er twee keer per jaar een bestuurlijk overleg plaats waarin gesproken wordt over de vormgeving van de ex ante en de ex post risicoverevening voor het komende jaar.

De leden van de D66-fractie menen dat het verbod op verticale integratie de keuzevrijheid bevordert, terwijl de wijziging van artikel 13 de keuzevrijheid beperkt. Zij menen dat er sprake is van tegenstrijdige doelstellingen, en vragen naar de samenhang tussen beide onderdelen van het wetsvoorstel.

De regering is van mening dat er een sterke inhoudelijke samenhang bestaat tussen de verschillende onderdelen van het wetsvoorstel. Bij de keuze voor een op vraagsturing gebaseerd zorgstelsel is van meet af aan duidelijk geweest dat het succes ervan in belangrijke mate afhankelijk zou zijn van voldoende risicodragendheid van zorgaanbieders en verzekeraars, en van voldoende en tijdige kwaliteitstransparantie van de aangeboden zorg. Zowel het verbod op verticale integratie als de wijziging van artikel 13 Zvw vormen een belangrijke bijdrage aan het versterken van deze randvoorwaarden. Zowel door het verbod op verticale integratie als door de wijziging van artikel 13 Zvw wordt bevordert dat verzekeraars voor hun verzekerden de beste zorg inkopen. Het verbod op verticale integratie bevordert dit doordat het risico wordt uitgesloten dat een verzekeraar verwijst naar de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft op basis van een bedrijfseconomisch belang bij het behalen van voldoende productie. Daarnaast wordt het risico vermeden dat de verzekeraar nieuwkomers met beter aanbod (kwaliteit en prijs) contracteert als welkome aanvulling in plaats van buiten de deur houdt als concurrent van het eigen aanbod. De wijziging van artikel 13 Zvw

⁵⁶ De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening en het adviseren over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel. In de WOR hebben deskundigen van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zitting.

bevordert dit doordat zorgverzekeraars niet langer worden gedwongen niet-gecontracteerde zorg te vergoeden, zodat zij scherper kunnen inkopen op basis van prijs en kwaliteit. De keuzevrijheid van de verzekerden neemt toe omdat zij tussen verschillende polissen kunnen kiezen, die daadwerkelijk meer zullen variëren. Bovendien ondersteunt het verbod op verticale integratie de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw. Het niet verstrekken of het verstrekken van een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, zou niet acceptabel zijn wanneer de verzekeraar alleen of vooral aanbieders zou hebben gecontracteerd waarin hij zeggenschap heeft. Daarmee zou een verzekerde in de praktijk immers vastzitten aan de «eigen» aanbieders van de zorgverzekeraar.

De regering is dan ook van mening dat er geen sprake is van tegenstrijdige doelstellingen voor deze onderdelen van het wetsvoorstel.

De leden van de D66-fractie vragen de reden van de lange duur van de wetsbehandeling toe te lichten.

Reden van de lange duur van de wetsbehandeling zijn de nota van wijzigingen die gedurende het traject zijn ingediend. Bij de nota naar aanleiding van het verslag medio 2013 ontving de Tweede Kamer tevens een nota van wijziging⁵⁷. Daarin werden allereerst, mede naar aanleiding van vragen van een aantal fracties, de voorwaarden waaronder een innovatie-ontheffing van het verbod van verticale integratie kan worden verkregen, verduidelijkt: deze zal alleen kunnen worden verkregen indien de aanvrager aannemelijk maakt dat de voorgenomen vorm van verticale integratie noodzakelijk is om tot innovatie te komen. Daarnaast zijn het tweede en derde lid van het voorgestelde artikel 13 Zvw nog op een tweetal kleine punten gewijzigd. Enerzijds wordt in het tweede lid, onderdeel b, geëxpliciteerd dat een naturaverzekeraar er in het kader van zijn zorgplicht ook voor moet zorgen dat de verzekerde zorg op redelijke afstand van zijn verzekerden beschikbaar is. Anderzijds wordt de vergoeding bij niet gecontracteerde zorgaanbieders genoten spoedzorg teruggebracht naar 100% van de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten (ook wel het «Nederlandse marktconforme tarief» genoemd). Daarmee sluit deze vergoeding beter aan bij de huidige vergoedingshoogte.

Een tweede nota van wijziging is ingediend in het voorjaar 2014. Naar aanleiding van de motie Bergkamp⁵⁸ is afgesproken om het Zvw-PGB een wettelijke basis te geven. Er is in het voorjaar 2014 een nota van wijziging⁵⁹ ingediend om het Zvw-pgb in de Zvw te verankeren, hierdoor is de wetsbehandeling uitgesteld.

De leden van de D66-fractie vragen hoe vaak verticale integratie voorkomt, in welke onderdelen van de zorg en welke nadelen verticale integratie heeft voor de verzekerde. Deze leden vragen om concrete voorbeelden.

Het precieze aantal gevallen van verticale integratie is niet bekend. Zorgverzekeraars zijn immers nog niet verplicht om hun verticale samenwerking en/ of deelnemingen in zorgaanbieders in het jaarverslag op te nemen. De NZa rapporteerde in een speciale rapportage 2009 en sinds 2012 jaarlijks in de marktscan zorgverzekeringsmarkt over bekende

⁵⁷ Kamerstukken TK 2012–2013, 33 362, nr. 8.

⁵⁸ Kamerstukken TK 2013–2014, 25 657, nr. 99.

⁵⁹ Kamerstukken TK 2013–2014, 33 362, nr. 12.

gevallen zoals vermeld in jaarverslagen en uitvoeringsverslagen van verzekeraars en zorgaanbieders over voorgaande jaren.

Over ervaringen met bestaande gevallen van verticale samenwerking en/of integratie is nog weinig bekend. Er bestaat op dit moment nog geen verplichting voor zorgverzekeraars, AWBZ aanbieders en zorgkantoren om openbaar te maken bij welke zorgaanbieders zij direct en in welke mate invloed hebben op het bestuur van een zorgaanbieder en in welke mate zorgaanbieders zij direct en in welke mate financiële belangen hebben. De NZa inventariseert periodiek – op basis van jaarverslagen van zorgaanbieders – welke vormen van verticale relaties er bestaan tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar daarbij is niet altijd duidelijk of er sprake is van zeggenschap.

Het meest recente overzicht uit de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2014 laat zien dat het merendeel van de bekende deelnames en samenwerkingsverbanden tot doel hebben de eerste lijn te versterken, innovatie te financieren of preventie te bevorderen. Het gaat in de rapportage overigens niet altijd om verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel, maar om «verticale relaties» in bredere zin. Bij verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel gaat het uitsluitend om zeggenschap over een zorgaanbieder of het zelf leveren van zorg vanuit de eigen rechtspersoon. In de rapportage worden daarnaast verticale relaties in beeld gebracht zoals een minderheidsparticipatie of een samenwerkingsverband tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zolang deze vormen van verticale samenwerking niet leiden tot feitelijke of juridische zeggenschap, staat het verbod op verticale integratie hieraan niet in de weg. Voor een overzicht verwijst de regering naar de tabel welke is opgenomen in het antwoord op de vraag van de leden van het CDA over thans bekende situaties van verticale integratie.

De regering heeft bij het voorbereiden van dit Wetsvoorstel echter wel kennis genomen van de ervaringen met verticale integratie in de Verenigde Staten. In sommige gevallen was er sprake van een positief resultaat op kostenbeheersing, maar niet significant beter op kwaliteit van zorg. De tevredenheid en het vertrouwen van verzekerden liet in veel gevallen bovendien een negatief resultaat zien, niet in de laatste plaats door de beperking van keuzemogelijkheden (vanwege doorverwijzing binnen de eigen kolom, de zgn. «locking in») en door risicoselectie⁶⁰. Verticale integratie die vooral gericht is op groei en organisatieverandering, verbetering van coördinatie of het vergroten van inkoopmacht levert dus vaak geen duidelijk voordeel op.

De verzekerde patiënt moet ervan uit kunnen gaan dat zijn verzekeraar bij de zorginkoop zijn belangen objectief en optimaal behartigt en dat selectieve contractering plaatsvindt op de juiste gronden en niet op bedrijfseconomische overwegingen die binnen een verticaal geïntegreerde zorgverzekeraar/zorgaanbieder gemaakt zouden worden. Daarom is de regering van mening dat een verbod op verticale integratie in de huidige ontwikkeling van het zorgstelsel wenselijk is.

⁶⁰ Miller, Robert & Harold Luft, «HMO Plan Performance Update: An analysis of the literature, 1997–2001», artikel in «Health Affairs, Vol. 21, no. 4 (2002), page 63–86, Maryland; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», Journal of Economics & Management Strategy, 18(2): 487–545. NHS Confederation, «Building Integrated Care – Lessons from the UK and elsewhere», The NHS Confederation, UK, 2006.

De leden van de D66-fractie vragen of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wel eens problemen rondom de kwaliteit van zorg heeft geconstateerd bij verticaal geïntegreerde concentraties.

Op dit moment is er nog geen verbod op verticale integratie. Samenwerking tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, waarbij er mogelijk sprake kan zijn van verticale integratie, lijkt tot nu toe vooral in de eerstelijnszorg plaats te vinden. Voor zover bekend, is de IGZ niet betrokken geweest bij kwaliteitsproblemen bij zorgaanbieders die verticaal geïntegreerd zijn met een zorgverzekeraar. Het bestuur van een zorgaanbieder – ongeacht of er sprake is van zeggenschap of niet – is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Dit geldt ook voor zorgaanbieders die verticaal geïntegreerd zijn, of anderszins verticaal samenwerken met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld ketenzorg).

De leden van de D66-fractie vragen de regering toe te lichten waarom zij de adviezen van de Raad van State en de Commissie Verticale integratie niet heeft overgenomen.

De regering heeft de adviezen van de Raad van State, het rapport van de Commissie verticale integratie en verschillende andere publicaties zeer nauwkeurig bestudeerd.

De Raad van State merkt op dat niet duidelijk is in welke mate thans «de niet-transparante inkoopmogelijkheden» een probleem zijn voor consumenten. De regering is van mening dat deze overweging niet de kern raakt. Het gaat om de vraag wat er zou gebeuren indien een zorgverzekeraar verticaal zou integreren met bijvoorbeeld een ziekenhuis. De regering is van mening dat dit onwenselijk is, aangezien de zorgverzekeraar zich zou kunnen laten leiden door andere overwegingen dan het patiëntbelang, in een situatie waarin dit voor de patiënt niet duidelijk is aangezien er een niet transparante koop/verkoop situatie is. Dat is in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel ook duidelijk gemotiveerd. Volgens de Raad van State kan verticale integratie voorts ook positieve effecten hebben, zoals ook de regering in de toelichting aangeeft. Door het voorgestelde verbod worden volgens de Afdeling ook de voordelen van verticale integratie geblokkeerd. Dit doet volgens de Raad van State de vraag rijzen of de keuze voor het verbod op verticale integratie in deze situatie het meest aangewezen instrument is. De Raad van State is er vooral niet van overtuigd dat de NZa niet adequaat en voldoende effectief zou kunnen optreden met een instrument dat minder ver gaat dan het voorgestelde verbod: de toestemmingsconstructie. Deze zou inhouden dat verticale integratie slechts toegestaan is met voorafgaande toestemming van de NZa. Bij de verlening van de toestemmingsbeschikking zou de NZa voorschriften en beperkingen kunnen opleggen, zoals ook in het geldende artikel 48 van de Wmg met betrekking tot de aanmerkelijke marktmacht is voorzien. Op deze wijze kan volgens de Raad een specifieke situatie aan de hand van kenbare criteria worden beoordeeld. Daarbij kan worden afgewogen of er, ondanks een voorgestelde verticale integratie, sprake zal zijn van een voldoende transparant inkoopproces, alsook of de voordelen van de integratie voor de verzekerden/patiënten groter zijn dan de nadelen daarvan.

De regering heeft overwogen om verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders van geval tot geval te doen beoordelen door een onafhankelijke toezichthouder. De regering acht echter uit het oogpunt van het vertrouwen in het stelsel dat bij de verzekerde en patiënt moet ontstaan en van de wens om het risico of zelfs maar de schijn te voorkomen dat de verzekeraar bij de zorginkoop eigenbelang laat voorgaan op het belang van zijn verzekerden, elke vorm van verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder op dit moment onwenselijk, tenzij het een van de in deze wet geformuleerde uitzonde-

ringen betreft. Daarnaast is dynamiek in het Nederlandse stelsel niet het probleem, eerder het gebrek er aan (wel fusies zorgverzekeraars, één nieuwe toetreders sinds de invoering van de Zvw acht jaar geleden).

Kernpunt van het rapport van de Commissie verticale integratie is, dat er voldoende alternatieve instrumenten voorhanden zijn om negatieve markteffecten van verticale integratie tegen te gaan. Indien de negatieve effecten van verticale integratie zich uitsluitend zouden manifesteren als gevolg van een beperking in de mededinging of een gebrekkige marktwerking, zouden de instrumenten van de ACM en de NZa op het gebied van fusietoezicht, regulering en mededingingstoezicht inderdaad volstaan. Het verbod op verticale integratie is – anders dan waar de Commissie Baarsma van uitgaat – niet ingegeven door een gebrekkige marktwerking of een lacune in het mededingingstoezicht. De regering acht het namelijk mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een beperking van de horizontale mededinging of een andere gebrekkige werking op horizontaal niveau. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan (de schijn van) belangenverstrengeling. Andere, minder verstrekkende opties om zorginkoop op objectieve en eenduidige gronden te borgen en intransparante keuzemogelijkheden voor patiënten te voorkomen, zoals onder meer voorgesteld door de Raad van State, zijn onvoldoende robuust.

De regering blijft, ook na wat de Raad van State de regering in overweging heeft gegeven en ook na bestudering van het rapport van de Commissie verticale integratie en verschillende andere publicaties van mening dat het noodzakelijk is dat de rol van zorgverzekeraars helder is en dat het verbod met de ontheffingsmogelijkheden uit het wetsvoorstel op dit moment de enige proportionele maatregel is.

*De leden van de D66-fractie vragen in of er voorbeelden zijn van verticale integratie in de zorg in het buitenland, waarbij er sprake is van een positief effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Deze leden verwijzen naar de Amerikaanse firma Kaiser Permanente, die grote doelmatigheidswinst zou hebben opgeleverd.*⁶¹

De organisatie van de gezondheidszorg verschilt sterk tussen Europese landen. Informatie over karakteristieken van het zorgstelsel, vooral ook met betrekking tot aspecten als verticale integratie in andere EU landen is beperkt voorhanden, waardoor vergelijkingen niet eenvoudig te maken zijn. Ten behoeve van de behandeling van dit wetsvoorstel is afgelopen jaar een informatieverzoek uitgestuurd naar de EU partners waarin specifiek gevraagd is naar regelgeving en/ of ervaringen met verticale integratie.

Van de EU partners die aan deze oproep gehoor hebben gegeven, geven er enkele aan dat er in hun land sprake is van (deels) geprivatiseerd zorgaanbod. In het merendeel van deze landen is de zorgverzekering echter een publieke taak (ziekenfondsen). Verschillende EU landen kijken naar de ervaringen in de Nederlandse zorgmarkt. Zo is Ierland bezig het stelsel van gezondheidszorg te veranderen, waarbij er ook meer ruimte komt voor private verzekeraars die verantwoordelijk worden voor zorginkoop. Verticale integratie wordt daarbij eveneens verboden, omdat het volgens de Ieren adequate concurrentie verstoort. In Polen is de bekostiging van de gezondheidszorg in handen van een nationaal ziekenfonds. Verticale integratie tussen private verzekeraars en zorgaanbieders komt alleen voor in een beperkt deel van de gezondheidszorg waar private aanbieders en verzekeraars actief zijn, en dan vooral in de

⁶¹ M. Pomp, eindelijk marktwerking in de zorg? Tijdschrift voor Openbare Financiën, 2010.

eerstelijnszorg. Het gaat hier om aanvullend, niet-regulier verzekerde zorg. In dat laatste geval worden verticaal geïntegreerde organisaties door de overheid enkel als zorgaanbieder aangemerkt. De Poolse overheid probeert marktwerking te stimuleren gericht op kwaliteit en acht vermenging van de betaalfunctie en het zorgaanbod onwenselijk.

Zoals ook geantwoord op vragen van andere fracties zijn de ervaringen met verticale integratie in de Verenigde Staten gemengd. Theoretisch zou verticale integratie kunnen zorgen voor een doelmatige sturing van de zorgaanbieder en het voorkomen van een dubbele marge. Zodra één organisatie zowel medisch als financieel geheel verantwoordelijk zou zijn voor het verlenen van zorg, zouden sterke prikkels ontstaan om vermijdbare complicaties, het verlenen van onnodige zorg en een slechte afstemming van opeenvolgende schakels in de zorgverlening te voorkomen. In de Verenigde Staten (VS) zijn diverse Health Maintenance Organizations (HMO's) actief, waarin de functies van verzekeraar en zorgaanbieder sterk geïntegreerd zijn.

Volgens sommige onderzoekers zijn deze HMO's koplopers als het gaat om het aanbieden van ketenzorgprogramma's voor chronisch zieken (diabetes, hartfalen, COPD).⁶² Dit geldt bijvoorbeeld voor organisaties als Kaiser Permanente, dat een goede reputatie heeft ontwikkeld op dat gebied. Kaiser Permanente is gedurende een lange tijdsperiode gevormd (oprichting tijdens de Tweede Wereldoorlog) met een focus op samenwerking en kwaliteit van zorg en daarmee indirect bijdragend tot grotere efficiency. Dit soort organisaties tracht zich te onderscheiden ten opzichte van concurrenten door kwalitatief goed te scoren op specifieke aspecten van zorg, bijvoorbeeld preventieve zorg. Overigens biedt Kaiser Permanente zorg aan ca. 9.5 miljoen deelnemers in een beperkt aantal staten, hetgeen neerkomt op ca. 1/30^e van de totale verzekerdenpopulatie in de VS. De organisatie richt zich niet in dezelfde mate op alle potentiële groepen verzekerden, maar vooral ook op jongere en gezondere doelgroepen.

Het merendeel van de verticaal geïntegreerde zorgverzekeraars in de gezondheidszorg in de VS lijkt slechts beperkte meerwaarde te hebben gehad ten opzichte van los gecontracteerde samenwerkingsverbanden. Al in de jaren '70 zijn in de VS verticaal geïntegreerde HMO's gevormd, waarbinnen financiering/ verzekering van zorg werd samengebracht met zorgaanbod. Met uitzondering van enkele succesvolle voorbeelden⁶³ zoals Kaiser Permanente, zijn deze vaak niet heel succesvol gebleken en was er sprake van grote verschillen qua opzet, structuur en werkwijze.

In sommige gevallen was er sprake van een positief resultaat op kostenbeheersing, maar niet significant beter op kwaliteit van zorg. Een verklaring hiervoor is onder meer dat verticaal geïntegreerde verzekeraars weliswaar direct invloed uitoefenen op de zorgaanbieder, maar dat zij de capaciteit van hun eigen zorgaanbieders ook optimaal willen benutten, waardoor de aanbieder verzekerd is van zorgvraag en daarmee wellicht minder prikkels tot het verhogen van kwaliteit voelt. De tevredenheid en het vertrouwen van verzekerden liet in veel gevallen een negatief resultaat zien, niet in de laatste plaats door de beperking van keuzemogelijkheden

⁶² Enthoven, A.C. (2006), Consumer choice of health plan: connecting insurers and providers in systems: keynote address for the VGE-conference «Consumer choice in health care: the right choice?», Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE) / Erasmus University Rotterdam; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», *Journal of Economics & Management Strategy*, 18(2): 487–545.

⁶³ Bijvoorbeeld: Kaiser Permanente, Group Health Association in Washington, Health Insurance Plan of New York; Bron: David Strang, «Health Maintenance Organizations.», pp. 163–82 in G.R. Carroll and M.T. Hannan, eds., *Organizations in Industry: Strategy, Structure, and Selection*, Oxford University Press, 1995.

(vanwege doorverwijzing binnen de eigen kolom, de zgn. «locking in») en door risicoselectie⁶⁴. Verticale integratie die vooral gericht is op groei en organisatieverandering, verbetering van coördinatie of het vergroten van inkoopmacht levert dus vaak geen duidelijk voordeel op.

In de laatste jaren neemt het aantal HMO's in de VS af en is er een verschuiving zichtbaar naar zgn. *Preferred Provider Organisations (PPO)* en *Accountable Care Organisations (ACO)*. In het laatste geval betreft het samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders die worden gefinancierd op basis van uitkomsten van behandeling⁶⁵. Hierbij worden zorgaanbieders gestimuleerd om samen te werken, integrale (keten) zorg te leveren en een vergoeding ontvangen op basis van de uitkomsten van zorg in plaats van volume. De discussie over deze vormen van organisatie van de zorg is echter nog volop gaande.

De leden van de D66-fractie vragen om voorbeelden van gevallen van vernieuwing in de zorg die voor een dergelijke ontheffing in aanmerking zouden kunnen komen.

Voor de inhoud van het begrip «vernieuwing» is in het wetsvoorstel aangesloten bij de definitie van de OESO⁶⁶. Vernieuwing gaat over de implementatie of toepassing van een product of behandeling met betere prestatiekenmerken. Hieronder begrepen is een objectieve nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt. Het kan daarbij gaan om vernieuwingen in de human resources, werkmethoden of een combinatie van deze. Het kan zowel een vernieuwing in Nederland of in de regio betreffen. Vernieuwingen kunnen zowel technologisch als niet-technologisch van aard zijn. Een technologische procesvernieuwing is de implementatie of het aannemen van nieuwe of sterk verbeterde methoden.⁶⁷ Bij technologische vernieuwing gaat het om het vernieuwen dan wel sterk verbeteren van producten of diensten of de processen waarmee producten en diensten worden voortgebracht. Van niet-technologisch vernieuwing is bijvoorbeeld sprake als bestaande producten of diensten op een nieuwe manier worden toegepast.⁶⁸ Vernieuwing in de zin van deze wet zal vaak niet uitsluitend technologisch van aard zijn, aangezien zorgverzekeraars juist op het gebied van behandel-, proces-, en organisatievernieuwing een belangrijke rol kunnen spelen.

Onder zorgaanbieders, waaronder huisartsen, de GGZ, de Nederlandse Vereniging van vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) en zelfstandige behandelcentra (zbc's) onrust ontstaan over de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw. Zij vrezen dat de keuzevrijheid van hun patiënten sterk wordt beknot, waardoor de kwaliteit van hun werk in

⁶⁴ Miller, Robert & Harold Luft, «HMO Plan Performance Update: An analysis of the literature, 1997–2001», artikel in «Health Affairs, Vol. 21, no. 4 (2002), page 63–86, Maryland; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», *Journal of Economics & Management Strategy*, 18(2): 487–545. NHS Confederation, «Building Integrated Care – Lessons from the UK and elsewhere», The NHS Confederation, UK, 2006.

⁶⁵ Devers, Kelly & Robert Berenson, Can accountable care organizations improve the value of health care by solving the cost and quality quandaries?, Robert Wood Johnson Foundation, October 2009.

⁶⁶ «A technological product innovation is the implementation/commercialization of a product with improved performance characteristics such as to deliver objectively new or improved services to the consumer. A technological process innovation is the implementation/adoption of new or significantly improved production or delivery methods. It may involve changes in equipment, human resources, working methods or a combination of these.»

⁶⁷ OECD, Oslo Manual, OECD/EUROSTAT; *The measurement of scientific and technological activities*. (2005, p8) Bron: <http://www.oecd.org/dataoecd/35/61/2367580.pdf>.

⁶⁸ CBS definities, Bron: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?conceptid=2703>.

gevaar komt. De leden van de D66-fractie vragen of de Minister de zorgen van deze partijen kan wegnemen.

Door de wetswijziging wordt het voor verzekeraars mogelijk om een gedifferentieerder palet aan polissen aan te bieden. Naast de bestaande restitutiepolissen en combinatiepolissen, wordt het voor verzekeraars mogelijk om diverse vormen van naturapolissen aan te bieden. Hierdoor neemt het aantal keuzeopties voor de verzekerde juist toe. In alle gevallen dienen zorgverzekeraars te blijven voldoen aan hun zorgplicht en dienen zij dus altijd voldoende zorg te contracteren. Daarnaast blijft ook voor verzekerden met een naturapolis keuzevrijheid bestaan binnen het gecontracteerde aanbod. Op deze wijze krijgen verzekerden juist meer te kiezen. Verzekeraars moeten ook anders dan nu transparant zijn over hun inkoop- en kwaliteitsbeleid richting zorgaanbieders. Daarmee wordt het inkoopproces ook transparant. Ook voor verzekerden komt er meer transparantie, zij kunnen bij het kiezen van een polis zien wie wel en wie niet is gecontracteerd. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden indien een verzekerde zes weken voorafgaand aan het begin van het nieuwe jaar geen duidelijkheid is geboden over de contractering van een door hem of haar ingeroepen zorgaanbieder.

Door de wijziging van artikel 13 Zvw kunnen verzekeraars beter dan nu vergoeding van zorg door kwalitatief matige zorgaanbieders weigeren. Ook hoeft de verzekeraar niet langer zorg te vergoeden van zorgaanbieders waarbij een vermoeden is van fraude of waarbij fraude eerder aan het licht is gekomen. Het is een zeer tijdrovend en een langdurig proces voor de zorgverzekeraar om aan te tonen indien er sprake is van onrechtmatige zorg. Daarom is het van belang dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om vooraf te kunnen bepalen dat er een lage of geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt verstrekt. Dit is in het belang van de betaalbaarheid en kwaliteit van zorg ten behoeve van de verzekerde en de patiënt. De regering ziet concluderend geen relatie tussen de wijziging van artikel 13 Zvw en het in gevaar komen van kwaliteit van zorg.

Overigens vormt aanpassing van artikel 13 Zvw een voorwaardelijk onderdeel van de Hoofdlijnenakkoorden MSZ en GGZ die zijn ondertekend door de volgende partijen.

Hoofdlijnenakkoord GGZ: GGZ Nederland (GGZ N), Landelijk Platform GGZ (LPGGz), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Platform MEER GGZ, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Hoofdlijnenakkoord MSZ: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Orde van Medisch Specialisten (OMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De leden van de D66-fractie zijn geïnteresseerd in het geldelijk belang en vragen welk bedrag gemoeid is geweest met toepassing van artikel 13 Zvw in de afgelopen jaren (vanaf 2006) en of dit kan worden toegelicht.

De regering heeft geen cijfers ter beschikking waaruit blijkt welk bedrag gemoeid is geweest met toepassing van artikel 13 Zvw sinds de invoering

van de Zvw. In het rapport van Triple A⁶⁹ over de mogelijkheden van het gedifferentieerd macrobeheersinstrument is een schatting opgenomen. De schatting van ongecontracteerde medisch specialistische zorg in 2012 is 2% en in 2013 3%, voor de curatief geestelijke gezondheidszorg 5% in 2013. De verwachting is dat door de wijziging van artikel 13 Zvw zorgverzekeraars selectiever zullen gaan contracteren en het aandeel niet-gecontracteerde zorg zal groeien. De NZa zal via haar marktscans de ontwikkeling monitoren. Door de weglek naar niet-gecontracteerde zorg is het verschil – zowel inhoudelijk als financieel – tussen restitutie en natura klein. Dit toont aan dat het stelsel zoals het is bedacht (zorgverzekeraar kopen voor hun verzekerden goede kwalitatieve zorg in van een scherpe prijs) onvoldoende functioneert. Dit is een belangrijke motivatie voor aanpassing.

De leden van de D66-fractie vragen hoe zorgverzekeraars de kwaliteitsnorm van de zorgaanbieder bepalen en op grond van welke criteria zorgaanbieders ondermaats of dubieus worden genoemd. Kunnen deze zorgaanbieders niet aan de hand van het huidige handhavingsinstrumentarium of op andere wijze, bijvoorbeeld door onderzoek door IGZ en NZa worden aangepakt?

De IGZ stelt vast of een zorgaanbieder voldoet aan de minimale kwaliteitsnormen die zijn gesteld. Veelal worden de normen van de beroepsgroep of vanuit de wetenschap door verzekeraars overgenomen, maar verzekeraars kunnen ook eigen normen hanteren. Op basis van de vele declaratiegegevens die verzekeraars beschikbaar hebben, kunnen zij vergelijkingen maken in het declaratiegedrag van zorgaanbieders, waaruit zij bepaalde patronen kunnen opmaken. Hieruit valt bijvoorbeeld praktijkvariatie op te maken of er kan geconstateerd worden dat de ene zorgaanbieder gemiddeld veel langer behandelt dan de andere zorgaanbieder of duurdere medicatie voorschrijft dan wel vaker doorverwijst. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen wie hij contracteert, waarbij met de hiervoor genoemde elementen rekening kan worden gehouden. Hiernaast hoeven zorgverzekeraars zorg waarvan is vastgesteld dat deze niet voldoet aan de wettelijke voorwaarden niet te vergoeden. Het is echter een zeer tijdrovend en een langdurig proces voor de zorgverzekeraar om aan te tonen dat er sprake is van onrechtmatige zorg. Daarnaast vindt een groot deel van de controles op de rechtmatigheid pas achteraf plaats, dus pas nadat de behandeling heeft plaatsgevonden. Indien achteraf blijkt dat een behandeling onrechtmatig was, dient het gedeclareerde bedrag teruggevorderd te worden bij de zorgaanbieder dan wel de verzekerde en dit is zeer gecompliceerd. Daarom is het van belang dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om vooraf te kunnen bepalen dat er een lage of geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt verstrekt, met name bij aanbieders waar sprake is van matige zorg.

De leden van de D66-fractie vragen hoe het polissenbestand onder de huidige wetgeving is verdeeld en wat de procentuele verhoudingen zijn. Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie hoe groot de jaarlijkse verschuivingen zijn. Ook vragen deze leden om beschikbare cijfers over aanvullende verzekeringen.

Uit de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014 van de NZa⁷⁰ blijkt dat het aantal naturapolissen is gestegen naar 31 van de in totaal 70 polissen. In 2014 heeft 53% van de verzekerden een naturapolis, 22% van de verzekerden kiest voor een combinatiepolis (restitutie of natura afhankelijk van type zorg) en 25% van de verzekerden kiest voor een restitutiepolis. In

⁶⁹ Kamerstukken TK 2013–2014, 32 620, nr. 114.

⁷⁰ NZa, «Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014», augustus 2014, te raadplegen via www.nza.nl.

onderstaande tabel zijn de jaarlijkse verschuivingen tussen 2010 en 2014 weergegeven. Hierin is te zien dat het aantal naturapolissen is toegenomen van 37% in 2010 naar 53% in 2014. Dit is met name ten koste gegaan van het aandeel combinatiepolissen. Het aantal restitutiepolissen is in de periode 2010–2014 redelijk stabiel te noemen.

Tabel: Vraag naar polissen basisverzekering (percentage verzekerde naar soort)

	2010	2011	2012	2013	2014
Combinatie	39	36	33	25	22
Natura	37	37	39	52	53
Restitutie	24	27	27	24	25
Totaal	100	100	100	100	100

Bron: NZa, marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014

In de marktscan Zorgverzekeringsmarkt staan ook cijfers vermeld over de aanvullende verzekering. In 2014 sloot ruim 84% van de verzekerden een aanvullende verzekering af. Dit is een daling ten opzichte van 2010. In dat jaar koos nog 90% van de verzekerden voor een aanvullende verzekering.

De leden van de D66-fractie vragen of de koppeling van de aanvullende verzekering met de basisverzekering en de risicoselectie voor de aanvullende verzekering een remmend effect heeft op de keuzevrijheid van de verzekerde om over te stappen.

De belangrijkste reden om niet over te stappen is dat verzekerden geen voordeel zien van overstappen, zo blijkt uit de evaluatie Zvw.⁷¹ Een andere reden die in dit evaluatierapport genoemd wordt, is dat bij de invoering van de Zvw in 2006 een acceptatieplicht gold voor zowel de basisverzekering als aanvullende verzekering. Deze verplichting is vanaf 2007 komen te vervallen. Er bestaat daarom bij sommige verzekerden de angst om niet geaccepteerd te worden of een hogere premie te moeten gaan betalen voor hun aanvullende verzekering indien zij overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Het rapport over de evaluatie Zvw meldt dat dit voor 15% van de ouderen en chronisch zieken een belangrijke reden is om niet te wisselen van verzekeraar. In de praktijk blijkt echter dat maar vier van de 35 labels (merknamen) van zorgverzekeraars aanvullende vragen stellen voorafgaand aan toelating bij het afsluiten van een aanvullende verzekering. Alhoewel dus wel degelijk de perceptie bestaat bij sommige verzekerden (met name bij ouderen en chronisch zieken) dat het niet aanwezig zijn van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering de keuzevrijheid van de verzekerde aantast, lijkt dit in de praktijk nauwelijks het geval te zijn. Daarnaast geeft de NZa aan dat de toegankelijkheid van zowel de basis- als aanvullende verzekering goed te noemen is⁷².

De leden van de D66-fractie vragen of de verzekerde die de vrije artskeuze wil behouden is aangewezen op een restitutiepolis. Daarnaast vragen deze leden of er aanwijzingen in de zorgverzekeringsmarkt zijn omtrent de prijsstelling van beide polissen per 1 januari 2015.

Op het moment van verzenden van deze nota aan de Eerste Kamer is nog weinig te zeggen over de prijsstelling van beide polissen in 2015. Tot op heden heeft alleen zorgverzekeraar DSW zijn premie voor het jaar 2015 bekend gemaakt. Deze (restitutie)zorgverzekeraar houdt de premie voor

⁷¹ Kamerstukken TK 2014–2015, 29 689, nr. 545.

⁷² NZa, «Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013», september 2013, te raadplegen via www.nza.nl.

2015 gelijk aan die van 2014 (€ 1.140 op jaarbasis). De regering verwacht wel dat het premieverschil tussen natura- en restitutiepolissen in 2016 zal gaan toenemen, omdat zorgverzekeraars door de wijziging scherper zullen kunnen gaan sturen op prijs en kwaliteit. Dat is een gewenst gevolg, het betekent dat de doelmatigheid toeneemt. Dat is cruciaal met het oog op de toekomst waar de vraag naar zorg als gevolg van vergrijzing en een toenemend aantal chronisch zieken zal toenemen. Restitutieverzekeraars kunnen hier natuurlijk veel minder goed op sturen.

Dit betekent overigens niet dat alleen «rijke burgers» in staat zullen zijn om een restitutiepolis aan te schaffen en «minder rijke» burgers zijn aangewezen op goedkopere naturapolissen. Verzekerden hebben tot een bepaalde inkomensgrens recht op zorgtoeslag. Deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico). Mensen met een lager inkomen worden dus niet gedwongen om een naturapolis waarbij selectief is gecontracteerd af te sluiten. Daarnaast zal ook binnen de naturapolis voldoende keuze overblijven. Vanuit concurrentieoogpunt zullen er ook naturaverzekeraars zijn die een heel erg breed aanbod blijven contracteren, verzekerden kunnen immers stemmen met de voeten. De verzekeraar heeft daarnaast een zorgplicht en zal ook vanuit dat oogpunt voldoende zorg moeten contracteren.

En kan een houder van een restitutiepolis belemmeringen verwachten als de zorgaanbieder van zijn of haar keuze de betreffende zorg niet met de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd? Mag bijvoorbeeld het ziekenhuis in dat geval, zoals thans onder het huidige artikel 13 Zvw, het zogenaamde «passantentarief» blijven doorberekenen aan de zorgverzekeraar?

Met het voorliggende wetsvoorstel wordt de transparantie in het polisaanbod groter omdat de mogelijkheid om artikel 13 Zvw in te zetten bij een restitutiepolis verdwijnt. Bij een restitutiepolis heeft de verzekerde altijd recht op een marktconforme vergoeding (een vergoeding van zorg die in redelijkheid passend is in de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden). Het is aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of het passantentarief marktconform is. De NZa heeft in haar toezichtskader zorgplicht nader uiteengezet hoe de verzekeraar dit dient te beoordelen.

Een van de redenen van onrust omtrent het wetsvoorstel, zo blijkt uit de vele over dit wetsvoorstel ontvangen mails, is dat als gevolg van de naar verwachting hogere prijs voor een restitutiepolis deze polis minder dan voorheen zal worden aangekocht. De polishouder zal moeten afwegen of hij de hogere prijs voor een restitutiepolis wil betalen. De leden van de D66-fractie vragen of de Minister hier iets over kan zeggen.

De regering verwacht dat het premieverschil tussen natura- en restitutiepolissen in 2016 zal gaan toenemen, omdat zorgverzekeraars door de wijziging scherper zullen kunnen gaan sturen op prijs en kwaliteit. Restitutieverzekeraars kunnen hier minder goed op sturen. De gevolgen van dit wetsvoorstel voor de prijs van de restitutiepolis is zeer beperkt, hoogstens dat deze onder druk van de dalende premie voor de naturapolis meer zakt. De naturapolis zal door het afdichten van de huidige wegdek, veel scherper kunnen worden geprijsd. De gevolgen van dit wetsvoorstel zijn met name dat de druk op doelmatigheid zal toenemen en derhalve de kosten minder snel zullen stijgen.

Dit betekent overigens niet dat alleen «rijke burgers» in staat zullen zijn om een restitutiepolis aan te schaffen en «minder rijke» burgers zijn aangewezen op goedkopere naturapolissen. Verzekerden hebben tot een bepaalde inkomensgrens recht op zorgtoeslag. Deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico). Mensen met een lager inkomen worden dus niet gedwongen om een naturapolis waarbij selectief is gecontracteerd af te sluiten. Het is voorts

niet te voorspellen welke keuzes verzekerden in de toekomst zullen gaan maken en hoeveel verzekerden voor een restitutie- danwel naturapolis zullen gaan kiezen.

De leden van de D66-fractie vragen of er naar verwachting voldoende restitutiepolissen worden gesloten om de zorgaanbieder die geen contract met de verzekeraar heeft bestaanszekerheid te bieden.

Een mogelijke consequentie van de wijziging van artikel 13 Zvw is dat zorgaanbieders zonder contract minder zekerheid hebben over de inkomsten die zij zullen genereren. Het staat echter niet vast dat zorgaanbieders zonder contract geen bestaansrecht meer hebben, restitutieverzekerden kunnen gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg tegen een marktconforme vergoeding (een vergoeding van zorg die in redelijkheid passend is in de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden en ook naturaverzekerden) kunnen gebruik blijven maken van niet-gecontracteerde zorg, hierbij kan de vergoeding echter lager (of op 0) worden vastgesteld. De regering kan niet voorspellen hoeveel restitutiepolissen in de toekomst zullen worden gesloten. Samen hebben restitutiepolissen en combinatiepolissen in 2014 47% van de markt. In 30% van de polissen is sprake van deels-gecontracteerde zorg in 9% van de polissen sprake van niet-gecontracteerde zorg. Dat is een dusdanige omvang dat zorgaanbieders zonder contract een behoorlijke vraag kunnen houden. Voor de regering staat het belang van de patiënt/verzekerde voorop. Zolang zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en ervoor zorgen dat zorg binnen een redelijke afstand en op een redelijke termijn kan worden geleverd is er geen knelpunt.

De leden van de D66-fractie vragen welk belang de houder van een restitutiepolis heeft indien niet-gecontracteerde aanbieders geen recht van bestaan meer hebben. Is dit een reëel scenario en zo ja is de keuzevrijheid tussen een natura- en een restitutiepolis wel een werkelijke keuzevrijheid? Deelt de Minister deze zienswijze?

Zoals aangegeven kan de regering de toekomst niet voorspellen. Welke polissen zorgverzekeraars zullen aanbieden is afhankelijk van de vraag van verzekerden. Naar verwachting zullen er altijd verzekerden blijven bestaan die een restitutiepolis of een combinatiepolis wensen (nu 47%). Naar verwachting zullen er ook zorgaanbieders blijven bestaan die niet met alle zorgverzekeraars een contract hebben gesloten. De ontwikkelingen op de markt zullen nauwgezet worden gevolgd via de marktscans van de NZa.

Volgens de Raad van State roept het verschil in opzet tussen richtlijn 2011/24 en het voorgestelde stelsel spanning op. De Raad van State rechtvaardigt in haar advies dit verschil omdat de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt in hun private context dienen te functioneren en de verzekerde vrij is te kiezen voor een restitutiepolis die genoemde belemmering niet kent.

De leden van de D66-fractie vragen zich af of deze conclusie voldoende richtlijnproof is. Want waarom zou een publiekrechtelijk stelsel wel en een privaatrechtelijk stelsel niet aan de richtlijn dienen te voldoen, zo vragen deze leden.

De regering is met de Raad van State van mening dat de Patiëntenrichtlijn lijkt uit te gaan van een publiek georganiseerd zorgverzekeringsstelsel en daardoor, naar zijn aard, spanning oproept met het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel dat uitgaat van een private verzekering met publieke randvoorwaarden. Dat is ook niet verwonderlijk, aangezien de bepalingen in de Patiëntenrichtlijn over de vergoeding van grensoverschrijdende

gezondheidszorg hun oorsprong vinden in jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie in zaken, waarin het ging over publiek georganiseerde zorgverzekeringsstelsels.

De Raad van State wil naar het oordeel van de Nederlandse regering echter niet suggereren dat het Nederlandse zorgstelsel niet aan de Patiëntenrichtlijn hoeft te voldoen. Ook het Nederlandse zorgstelsel dient te voldoen aan Europees recht. De Raad van State wijst er louter op, dat de wijze waarop het Nederlandse stelsel is georganiseerd, ertoe leidt dat beperkingen voor het patiëntenverkeer voortvloeien uit hetgeen de zorgverzekeraar en de verzekerde in de polis overeenkomen.

*Verder vragen de leden van de D66-fractie welke risico's de regering loopt indien blijkt dat het voorgestelde stelsel niet aan de richtlijn voldoet. De leden van de D66fractie nodigen de Minister uit op deze vraag te reflecteren en verzoeken de Minister bij deze reflectie ook te betrekken het artikel Grensoverschrijdend patiëntenverkeer in de zorgverzekeringswet: is de voorgenomen wijziging van artikel 13 Europees houdbaar?*⁷³

De regering is van mening dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw niet in strijd is met Europees recht. Mocht de (Europese) rechter onverhoopt concluderen dat er in grensoverschrijdende situaties toch sprake is van onverenigbaarheid van elementen van het gewijzigde artikel 13 Zvw met de Patiëntenrichtlijn, dan zal worden bezien of de Zvw op dat punt aangepast dient te worden. In hoeverre aanpassing noodzakelijk is, is afhankelijk van inhoud van de uitspraak van de rechter. Met betrekking tot het genoemde artikel van prof. mr. J.W. van de Gronden in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht wordt het volgende opgemerkt. In dat artikel stelt Prof. mr. J.W. van de Gronden de vraag of deze wijziging in overeenstemming is met de Patiëntenrichtlijn. De Patiëntenrichtlijn beoogt patiënten zekerheid te bieden over de voorwaarden waaronder zorg in een andere lidstaat kan worden ingeroepen, onder meer door duidelijkheid te bieden over de hoogte van de vergoeding voor die zorg. Uit artikel 7 van de richtlijn vloeit voort dat de vergoeding van de kosten van niet gecontracteerde zorg gelijk mag worden gesteld aan de vergoeding die zou worden gegeven indien de zorg in eigen land zou zijn genoten. De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw doet niet af aan deze bepaling. Immers, in het geval de verzekerde heeft gekozen voor een naturaverzekering, zal de vergoeding voor zorg genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland op grond van de modelovereenkomst even hoog zijn als bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. In zijn artikel lijkt prof. mr. J.W. van de Gronden uit te gaan van een interpretatie van de richtlijn waarbij de vergoeding van zorg genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland gelijk moet zijn aan de vergoeding van zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Deze interpretatie deelt de regering niet. Zij vindt naar de mening van de regering noch steun in artikel 7 van de richtlijn, noch in overweging 45 bij de richtlijn, waarin staat dat implementatie van de richtlijn er niet toe mag leiden dat verzekerden worden aangemoedigd om zich in het buitenland te laten behandelen. Daar zou immers sprake van zijn indien de vergoeding van zorg bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland hoger zou zijn dan bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Ook de Raad van State komt in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014 niet tot het oordeel dat er sprake zou zijn van strijdigheid met de Patiëntenrichtlijn. Gezien het bovenstaande ziet de regering een eventuele rechtszaak met vertrouwen tegemoet.

⁷³ Prof. J.W. van de Gronden, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2013 (37)1.

De leden van de D66-fractie vragen naar aanleiding van de voorlichting van de Raad van State naar de mening van de Minister over de suggestie die de Raad lijkt te doen om alsnog het toestemmingsvereiste voor intramurale en zeer gespecialiseerde complexe zorg bedoeld in artikel 8 van de richtlijn in het stelsel te introduceren, om het stelsel zekerheids-halve aan de richtlijn te laten voldoen. Is de Minister voornemens de suggestie op te pakken, zo vragen deze leden.

De regering stelt voorop dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw geenszins is ingegeven door de wens (artikel 8 van) de Patiëntenrichtlijn te implementeren. Wel is bezien of de wijziging van artikel 13 Zvw binnen die Richtlijn past. Die vraag heeft de regering bevestigend beantwoord. De regering wordt in zijn opvatting gesteund door de Raad van State in zijn voorlichting van 22 oktober 2014.

In artikel 8 van de Richtlijn wordt de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie gecodificeerd over vragen van wettelijke eisen van voorafgaande toestemming in sociale ziektekostenstelsels. Het Hof heeft uitgesproken dat een stelsel van voorafgaande toestemming ten aanzien van buitenlandse zorgaanbieders in beginsel in strijd is met het toepasselijke Europeesrechtelijke beginsel van het vrij verkeer van diensten, maar dat een dergelijke eis niettemin geoorloofd is als het gaat om eisen die ten doel hebben de (financiële) houdbaarheid van een zorgstelsel te borgen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om eisen inzake planning waarmee wordt beoogd om een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van hoogwaardige behandeling in de betrokken lidstaat te waarborgen of de wens de kosten in de hand te houden en elke verspilling van financiële, technische en menselijke middelen zo veel mogelijk te voorkomen.

Artikel 8 van de Richtlijn is langs die lijnen geredigeerd: het is toegestaan in een stelsel een wettelijk vereiste van voorafgaande toestemming op te nemen voor grensoverschrijdende intramurale en zeer gespecialiseerde complexe extramurale zorg.

Lidstaten moeten volgens de Richtlijn vergoeding van extramurale zorg in een andere EU-lidstaat toestaan, tot maximaal het bedrag dat daarvoor ook in eigen land vergoed zou worden als de zorg daar zou zijn ingeroepen. Toestemming mag dan niet worden geweigerd als de zorg in het eigen verzekeringsstelsel in het verstrekkingenpakket is opgenomen, maar niet binnen een medisch verantwoorde termijn en op redelijke afstand kan worden geleverd.

De regering is van mening dat introductie van een dergelijk wettelijk toestemmingsvereiste binnen de naturapolissen niet past binnen de privaatrechtelijke opzet van het stelsel. Op grond van de Zvw kan een verzekerde een naturaverzekering of een restitutiezorgverzekering hebben. Heeft hij een naturaverzekering, dan heeft zijn verzekeraar de plicht hem de verzekerde zorg die hij nodig heeft binnen redelijke termijn en op redelijke reisafstand van zijn woonplaats te (laten) leveren. Dit wordt wel de zorgplicht van de naturaverzekeraar genoemd. Om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen, sluit de naturaverzekeraar zorgcontracten met zorgaanbieders die de verzekerde zorg kunnen leveren. Dat kunnen ook contracten zijn met zorgaanbieders over de grens. Een naturaverzekeraar die te weinig of te weinig verspreid gelegen zorgaanbieders heeft gecontracteerd, voldoet niet aan zijn zorgplicht en pleegt daardoor naar burgerlijk recht wanprestatie. In dat geval is hij schadevergoedingsplichtig. Dat betekent in ieder geval, dat hij het volledige bedrag van de in rekening gebrachte kosten (ongeacht het Nederlandse marktconforme tarief) moet vergoeden van de zorg die de verzekerde alsnog elders heeft gehaald, waar ter wereld dit ook is gebeurd. Het gewijzigde artikel 13 Zvw voorziet dan ook om die reden in een uitzondering, waarbij in verband

met de zorgplicht van de zorgverzekeraar een volledige vergoeding aangewezen kan zijn. Die uitzondering in artikel 13 Zvw gaat minder ver dan een eis van voorafgaande toestemming: de verzekerde heeft dit recht in die situatie zonder meer.

De regering acht het zinloos om te regelen dat een verzekerde die voor rekening van zijn zorgverzekeraar in Europa zorg wil halen omdat zijn naturaverzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen, daartoe voorafgaande toestemming van die verzekeraar dient te hebben. Ook zonder toestemming heeft hij immers in zo'n geval recht op vergoeding van het volledige bedrag van de in rekening gebrachte kosten. Afgezien daarvan leidt een systeem van voorafgaande toestemming voor andere gevallen dan waar de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is, zowel voor de verzekerde als voor de verzekeraar tot een toename van administratieve lasten, is het onduidelijk wanneer dan wel en wanneer niet het verlenen van toestemming is aangewezen, en kan een toestemmingsstelsel leiden tot een aanzienlijke toename van beroep- en bezwaarprocedures. De regering geeft dus de voorkeur aan een systeem waarin binnen de naturapolis voor niet-gecontracteerde zorg – in andere dan spoedgevallen of gevallen waarin de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is – ongeacht of die zorg nu binnen of buiten Nederland wordt ingeroepen, een door de verzekeraar vastgestelde vergoeding wordt betaald. Dat schept duidelijkheid en rechtszekerheid zowel voor de verzekerde als voor de verzekeraar, is minder administratief belastend, en leidt tot minder bezwaar- en beroepsprocedures dan wanneer wel een systeem van voorafgaande toestemming (voor andere gevallen dan die waarin de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is) wordt ingevoerd.

De leden van de D66-fractie vragen of de Minister alsnog nadere criteria kan ontwikkelen hoe acute zorg moet worden beoordeeld. Hierbij wordt verwezen naar de uitzondering in artikel 13 lid 2 onder b Zvw, waarbij zorg die niet op redelijke termijn of afstand beschikbaar is, moet worden beoordeeld aan de hand van de omstandigheden van het geval.

In het voorliggende wetsvoorstel is in artikel 13 lid 2 een aantal uitzonderingen opgenomen, waarbij de verzekerde ingeval van niet-gecontracteerde wel recht heeft op een volledige of marktconforme vergoeding. In artikel 13 lid 2 sub a Zvw is geregeld dat indien er sprake was van een behoefte aan acute zorg of een acute andere dienst, de verzekerde recht heeft op een vergoeding tot aan Nederlands marktconform niveau. In artikel 13 lid 2 sub b Zvw is geregeld dat een verzekerde recht heeft op een volledige vergoeding van de rekening van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder indien zijn zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht heeft voldaan. Daarvan is sprake indien door de verzekeraar gecontracteerde (kwalitatief goede) zorg niet binnen redelijke termijn en redelijke afstand voor de naturaverzekerde beschikbaar is. Wat een «redelijke afstand of termijn» is, hangt af van de omstandigheden van het geval, waaronder vooral de vorm van zorg waar het om gaat. Daarom zijn deze normen in de wetgeving niet verder gedefinieerd. Voor bijvoorbeeld zeer gespecialiseerde medisch-specialistische zorg is een grote reisafstand sneller redelijk dan voor zorg van een huisarts of apotheek. Aan spoedeisende zorg worden bijvoorbeeld andere normen gesteld dan aan zorg die een aantal dagen of weken kan worden uitgesteld (planbare zorg). In het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars heeft de NZa per soort zorg (inclusief acute zorg) aangegeven welke normen aanvaardbaar zijn. Hierbij wordt onder andere gebruik gemaakt van de «Treeknormen» die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk zijn vastgesteld.

De leden van de D66-fractie vragen of de Minister de zorgen van de medisch specialisten weg kunnen nemen, dat verkaveling van de zorg optreedt waarbij de zorgverzekeraar de zorgaanbieder niet op alle zorg die

hij/zij biedt contracteert maar op kavel ervan, waardoor de verzekerde zich voor een vervolgbehandeling tot een andere zorgaanbieder moet wenden.

Bij het selectief inkopen kunnen zorgverzekeraars bepalen om een zorgaanbieder, zoals een geheel ziekenhuis, niet langer te contracteren. Ook kunnen ze ervoor kiezen om bijvoorbeeld een specifieke behandeling als borstkankerzorg slechts bij een aantal ziekenhuizen te contracteren, zoals dat op dit moment in de praktijk ook reeds gebeurt. De regering verwacht dat zorgverzekeraars er bij het contracteren van zorg op zullen letten dat er niet te veel versnippering ontstaat in het zorgaanbod richting de patiënt. Dat is immers niet efficiënt en kan daardoor extra kosten met zich mee brengen. De verzekeraar heeft er alle belang bij om zorg goed op elkaar te laten aansluiten. Ten eerste omdat dit de kwaliteit verbetert en de tevredenheid van de patiënt vergroot. Ten tweede omdat het ook doelmatiger is.

Als overigens op verzoek van de gecontracteerde hoofdbehandelaar of de patiënt bepaalde activiteiten door een andere (niet-)gecontracteerde zorgaanbieder worden uitgevoerd is er sprake van onderlinge dienstverlening. In dit geval wordt er onderling een tarief in rekening gebracht en brengt alleen de hoofdbehandelaar een zorgproduct in rekening bij de verzekeraar. Indien het zorgproduct van de hoofdbehandelaar gecontracteerd is, valt de activiteit van de niet-gecontracteerde arts onder het gecontracteerde zorgproduct en wordt deze activiteit dus aan de hoofdbehandelaar vergoed door de zorgverzekeraar. Consultatie van niet-gecontracteerde collega's door gecontracteerde artsen is dus nog steeds mogelijk.

De leden van de D66-fractie vragen welk instrumentarium aan de huisarts wordt geboden om bij een doorverwijzing naar 2^e lijnszorg te onderzoeken of het betreffende specialisme onder de vergoedingsplicht van de zorgverzekeraar van de patiënt valt en dus of de betreffende 2^e lijnspecialist een contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt.

Tijdens het debat over dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer is ook over deze vraag gesproken. Hierbij is door de regering aangegeven dat verzekeraars, aanbieders en verzekerden hier ieder hun eigen verantwoordelijkheid in hebben en dat de verzekerde de grootste verantwoordelijkheid heeft. De verzekerde sluit immers een polis af en moet zich daar goed over informeren. Dit kan hij doen door contact op te nemen met zijn zorgverzekeraar of door in de polisvoorwaarden en op de website van zijn verzekeraar te kijken. In het voorjaar 2014 is gesproken met de Landelijke Vereniging van Huisartsen (LHV). Hierover is de Tweede Kamer per brief⁷⁴ geïnformeerd. De LHV heeft een poster voor in de wachtkamer gemaakt waarmee patiënten er op gewezen worden dat de mogelijkheid bestaat dat niet alle zorg (volledig) vergoed wordt door de verzekeraar en dat het verstandig is dit in de polis of bij de zorgverzekeraar na te gaan. De LHV heeft aangegeven dat huisartsen verwijzen op basis van medisch inhoudelijke gronden. Zij zien het niet als taak van een huisarts om de inhoud van de verschillende polissen van verzekeraars te kennen. De regering vindt het overigens ook niet reëel om dit van huisartsen, of andere zorgverleners, te vragen. Wel kunnen zij de verzekerde er op wijzen contact op te nemen met de verzekeraar.

De leden van de D66-fractie vragen hoe zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorgaanbieder beoordeelt? Worden daarvoor in het kader van de vrije

⁷⁴ Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 497.

marktwerking objectieve kwaliteitscriteria aangelegd, zodat de zorgaanbieder weet aan welke criteria hij dient te voldoen?

Veelal worden door zorgverzekeraars kwaliteitsnormen van de beroepsgroep of vanuit de wetenschap overgenomen, maar verzekeraars kunnen ook eigen kwaliteitsnormen hanteren. Op basis van de vele declaratiegegevens die verzekeraars beschikbaar hebben, kunnen zij vergelijkingen maken in het declaratiegedrag van zorgaanbieders, waaruit zij bepaalde patronen kunnen opmaken. Hieruit valt bijvoorbeeld praktijkvariatie op te maken of er kan geconstateerd worden dat de ene zorgaanbieder gemiddeld veel langer behandelt dan de andere zorgaanbieder of duurdere medicatie voorschrijft dan wel vaker doorverwijst. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen wie hij contracteert, waarbij met de hiervoor genoemde elementen rekening kan worden gehouden.

Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is essentieel voor het functioneren van het stelsel. Bij de zorginkoop is ruimte voor verbetering ten aanzien van het aspecten kwaliteit, zoals de NZa ook constateert in haar monitor Zorginkoop⁷⁵. Het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg is in ontwikkeling en het kost tijd om volledige transparantie over de kwaliteit van zorg te realiseren. De regering ziet dat verzekeraars hierin stappen zetten.

Vanuit de regering wordt transparantie van kwaliteit gestimuleerd via het Zorginstituut Nederland. Door het stimuleren van de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten draagt het Zorginstituut Nederland bij aan inzicht in wat goede zorg is en waar die geleverd wordt en met specifieke aandacht voor het perspectief van de patiënt. Bij dit proces worden naast de wetenschappelijke verenigingen, ook patiënten en andere beroepsofenaren en verzekerden betrokken. Daarmee neemt het draagvlak van de standaarden en richtlijnen toe. En daarmee ook het draagvlak van de toepassingen ervan door zorgverzekeraars in hun inkoop.

Hiernaast is in het voorliggende wetsvoorstel een verplichting voor verzekeraars opgenomen dat zij het kwaliteitsbeleid dat bij de zorginkoop wordt gehanteerd jaarlijks voor 1 april t-1 transparant maken. Op die manier wordt het voor zowel zorgaanbieders als voor verzekerden transparant op basis van welke kwaliteitscriteria zorgverzekeraars inkopen.

De leden van de D66-fractie vragen welke beroepsmogelijkheden de zorgaanbieder heeft die ondanks dat hij voldoet aan de openbaar gemaakte kwaliteitseisen toch geen contract krijgt met de zorgverzekeraar? Heeft de NZa daarin een rol?

De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden begrensd door de eisen van het verbintenissenrecht en de Mededingingswet (Mw). De onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder bevinden zich derhalve in het private domein. De rechtspraak gaat er vanuit dat de zorgverzekeraar in principe contractsvrijheid heeft, die wordt begrensd voor zover de Mw, de Zorgverzekeringswet (Zvw) of daaraan gerelateerde regelgeving aan die vrijheid grenzen stelt. Voorbeelden daarvan betreffen minimumeisen als de zorgplicht. Voor zorgaanbieders die niet (langer) gecontracteerd worden door een zorgverzekeraar, staat de weg naar de civiele rechter open. De rechter zal dit individuele geval toetsen aan de normen van het algemene verbintenissenrecht en van het mededingingsrecht. Overigens hoeft een zorgver-

⁷⁵ Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 498 en 520.

zekeraar niet meer zorg in te kopen dan nodig voor zijn verzekerden. Er bestaat geen contracteerplicht, die is sinds de inwerkingtreding van de Zvw in 2006 afgeschaft.

De NZa houdt toezicht op de transparantieverplichtingen die de zorgverzekeraars krijgen opgelegd, zoals het transparant maken van het kwaliteitsbeleid dat bij de zorginkoop wordt gehanteerd en kan hierin handhavend optreden.

De leden van de fractie van D66 vragen hoe de eisen die in de artikelen 40a tot en met c aan de verzekeraars worden gesteld gehandhaafd worden. Tevens vragen zij hoe het handhavingsinstrumentarium van de NZa is uitgerust, en of de aanwijzingsbevoegdheid als bedoeld in artikel 76 Wmg ook gericht is tegen een zorgverzekeraar. Voorts vragen zij wat de aanwijzingsbevoegdheid inhoudt en of daar ook sancties onder kunnen worden begrepen.

Op basis van artikel 76 Wmg is de NZa bevoegd tot het geven van een aanwijzing. Deze aanwijzing kan gericht zijn tot zorgverzekeraars indien zij niet voldoen aan de gestelde eisen in de artikelen 40a tot en met c Wmg. De aanwijzing is ingesteld om een onrechtmatige situatie te beëindigen of te voorkomen en is reparatoir van aard. De verplichting bestaat eruit, dat toekomstige overtredingen vermeden moeten worden en reeds opgetreden overtredingen, of de gevolgen daarvan, te beëindigen of ongedaan te maken. Dit geldt eveneens voor de last onder dwangsom⁷⁶ en de last onder bestuursdwang⁷⁷, welke ook onderdeel uitmaken van het handhavingsinstrumentarium van de NZa. De bestuurlijke boete⁷⁸ daarentegen kan gezien worden als een bestraffende sanctie. Al deze instrumenten kunnen worden ingezet bij overtreding van artikel 40a tot en met c Wmg. Vaak worden de bestuurlijke boete en een aanwijzing of last onder dwangsom ook samen opgelegd. De NZa beschikt naast formele middelen ook over de meer informele instrumenten als voorlichting en openbaarmaking. De NZa heeft de vrijheid zelfstandig te beoordelen welke instrumenten wanneer ingezet moeten worden en neemt hierbij de proportionaliteit en subsidiariteit in acht.

De leden van de D66-fractie vragen hoe de Minister verwacht de evaluatie te kunnen uitvoeren. Hoe zal de nulmeting van de diverse elementen worden bepaald? Kan de Minister hierover meer duidelijkheid verschaffen?

Hoe de evaluatie exact vorm zal worden gegeven is op dit moment nog niet bekend. Als eerst wacht de regering de rapportages van de NZa af. In het wetsvoorstel is een verplichting opgenomen voor de NZa om jaarlijks te rapporteren over de naleving van de informatieverplichtingen door zorgverzekeraars en over de ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop (art 32a WMG). Daarnaast brengt de NZa regelmatig marktscans uit over diverse deelmarkten. Op basis van ontwikkelingen zal nader bepaald worden hoe de evaluatie wordt ingericht waarbij tenminste de onderdelen aan bod komen zoals opgenomen in de toelichting op het amendement.

De leden van de GroenLinks-fractie betreuren dat er naar hun mening ongelijksoortige elementen in één wetsvoorstel zijn samengebracht omdat het finale oordeel over de verschillende onderdelen geheel anders zou kunnen uitvallen en het de Kamer hiermee onmogelijk wordt gemaakt

⁷⁶ Artikel 82 Wet marktordening gezondheidszorg.

⁷⁷ Artikel 82 Wet marktordening gezondheidszorg.

⁷⁸ Artikel 85 Wet marktordening gezondheidszorg.

elk onderdeel op de eigen merites te beoordelen. Zij vragen de regering inhoudelijk te beargumenteren waarom deze verschillende voorstellen van wetgeving zijn samengevoegd tot een wetsvoorstel.

De regering is van mening dat er een sterke inhoudelijke samenhang bestaat tussen de verschillende onderdelen van het wetsvoorstel. Bij de keuze voor een op vraagsturing gebaseerd zorgstelsel is van meet af aan duidelijk geweest dat het succes ervan in belangrijke mate afhankelijk zou zijn van voldoende risicodragendheid van zorgaanbieders en verzekeraars, en van voldoende en tijdige kwaliteitstransparantie van de aangeboden zorg. Zowel het verbod op verticale integratie als de wijziging van artikel 13 Zvw vormen een belangrijke bijdrage aan het versterken van deze randvoorwaarden. Zowel door het verbod op verticale integratie als door de wijziging van artikel 13 Zvw wordt bevorderd dat verzekeraars voor hun verzekerden de beste zorg inkopen. Het verbod op verticale integratie bevordert dit doordat het risico wordt uitgesloten dat een verzekeraar verwijst naar de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft op basis van een bedrijfseconomisch belang bij het behalen van voldoende productie. De wijziging van artikel 13 Zvw bevordert dit doordat zorgverzekeraars niet langer worden gedwongen niet-gecontracteerde zorg te vergoeden, zodat zij scherper kunnen inkopen op basis van prijs en kwaliteit. Bovendien ondersteunt het verbod op verticale integratie de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw. Het niet verstrekken of het verstrekken van een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, zou niet acceptabel zijn wanneer de verzekeraar alleen of vooral aanbieders zou hebben gecontracteerd waarin hij zeggenschap heeft. Daarmee zou een verzekerde in de praktijk immers vastzitten aan de «eigen» aanbieders van de zorgverzekeraar.

Ten aanzien van het onderdeel persoonsgebonden budget (pgb) heeft de Tweede Kamer bij de behandeling van het wetsvoorstel een motie van de leden Bergkamp c.s. aangenomen. In die motie wordt de regering verzocht in overleg te treden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo, een belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget, over de manier waarop het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zvw verankerd kan worden. Afgesproken is om het Zvw-pgb wettelijk te verankeren. Vervolgens heeft de regering het wetsvoorstel met de tweede nota van wijziging zo aangepast, dat het daar nu deel van uitmaakt. Met het PGB kunnen verzekerden wijkverpleging inkopen. Zodoende vormt het PGB een extra keuzemogelijkheid voor de verzekerde naast de inkoop van wijkverpleging via de naturaverzekeraar. Het PGB valt buiten de werking van artikel 13 Zvw.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering bereid is om – mocht de Eerste Kamer tot een verschillend oordeel komen over de onderscheiden onderdelen – het wetsvoorstel op te knippen.

De regering hecht er veel waarde aan dat de verschillende onderdelen van het wetsvoorstel door de Eerste Kamer zullen worden aanvaard, en hoopt de leden van de Kamer te kunnen overtuigen van het belang van dit wetsvoorstel. Zoals aangegeven hebben de verschillende onderdelen expliciete samenhang in het machtsevenwicht, gelijk speelveld, vertrouwen en keuzevrijheid. De maatregelen zijn cruciaal om systeem betere resultaten te laten opleveren voor de patiënt met betrekking tot kwaliteit en betaalbaarheid. Wanneer blijkt dat de Eerste Kamer sommige onderdelen van het wetsvoorstel wel en andere niet kan steunen, dient zich een nieuwe situatie aan waarop de regering zich alsdan zal beraden. Technisch gesproken is het niet mogelijk het wetsvoorstel op te knippen. Wel bestaat zoals bekend de mogelijkheid van een novelle, welke eerst

door de Tweede Kamer zal moeten worden behandeld. Dit zou echter tot vertraging leiden, waardoor de behandeling van het wetsvoorstel niet dit kalenderjaar kan worden afgerond.

Verder bevat het wetsvoorstel zoals gebruikelijk de bepaling dat de inwerkingtreding zal geschieden bij koninklijk besluit, waarin voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillende tijdstippen kunnen worden vastgesteld. De Eerste Kamer kan eventueel het wetsvoorstel aanvaarden met de toezegging van de regering dat een aanpassing (later) door middel van een wetswijziging aan de Tweede Kamer zal voorstellen. De regering kan daarbij ook toezeggen dat de wet, of een bestreden onderdeel, in de tussentijd nog niet in werking treedt. De regering acht het echter van groot belang dat alle onderdelen van het wetsvoorstel worden aanvaard, en gaat graag het debat aan met de leden van de Kamer om hen daarvan te overtuigen.

De leden van de Groen Links-fractie vragen welke gevallen van verticale integratie zich hebben voorgedaan en welke problemen zich daarbij hebben voorgedaan. Deze leden vragen hierom om duidelijk te krijgen welke problemen moeten worden voorkomen met dit wetsvoorstel.

Het precieze aantal gevallen van verticale integratie en eventuele problemen daarbij is niet bekend. Zorgverzekeraars zijn immers nog niet verplicht om hun verticale samenwerking en/ of deelnemingen in zorgaanbieders in het jaarverslag op te nemen. De NZa rapporteerde in een speciale rapportage 2009 en sinds 2012 jaarlijks in de marktscan zorgverzekeringsmarkt over bekende gevallen zoals vermeld in jaarverslagen en uitvoeringsverslagen van verzekeraars en zorgaanbieders over voorgaande jaren.

Het gaat in de rapportage overigens niet altijd om verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel, maar om «verticale relaties» in bredere zin. Bij verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel gaat het uitsluitend om zeggenschap over een zorgaanbieder of het zelf leveren van zorg vanuit de eigen rechtspersoon. In de rapportage worden daarnaast verticale relaties in beeld gebracht zoals een minderheidsparticipatie of een samenwerkingsverband tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zolang deze vormen van verticale samenwerking niet leiden tot feitelijke of juridische zeggenschap, staat het verbod op verticale integratie hieraan niet in de weg. In sommige gevallen hebben zorgverzekeraars deelgenomen in meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd. Uit de rapportages van de NZa kan tevens worden opgemaakt dat het merendeel van de zorgverzekeraars activiteiten in de vorm van verticale samenwerking ontplooit. In de marktscan zorgverzekeringsmarkt uit 2014, waarin bekende gevallen van verticale samenwerking tot en met het jaar 2012 opgenomen zijn, laat zien dat het activiteitsniveau niet is afgenomen. In de tabel welke is weergegeven in het antwoord op de vraag van gelijke strekking van de leden van het CDA wordt een recent overzicht gegeven van de gevallen van verticale samenwerking die de NZa heeft opgetekend. De meeste deelnames en samenwerkingsverbanden hebben tot doel de eerste lijn te versterken, innovatie te financieren of preventie te bevorderen.

De regering heeft bij het voorbereiden van dit Wetsvoorstel echter wel kennis genomen van de ervaringen met verticale integratie in de Verenigde Staten. In sommige gevallen was er sprake van een positief resultaat op kostenbeheersing, maar niet significant beter op kwaliteit van zorg. De tevredenheid en het vertrouwen van verzekerden liet in veel gevallen bovendien een negatief resultaat zien, niet in de laatste plaats door de beperking van keuzemogelijkheden (vanwege doorverwijzing

binnen de eigen kolom, de zgn. «locking in») en door risicoselectie⁷⁹. Verticale integratie die vooral gericht is op groei en organisatieverandering, verbetering van coördinatie of het vergroten van inkoopmacht levert dus vaak geen duidelijk voordeel op.

De regering acht het daarom op dit moment in de ontwikkeling van het zorgstelsel niet opportuun dat verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de zorg wordt toegestaan. In het zorgstelsel moeten zorgverzekeraars in de eerste plaats het belang van hun verzekerde patiënten vertegenwoordigen en niet het belang van de zorgaanbieder of van een geïntegreerd consortium. De verzekerde patiënt moet ervan uit kunnen gaan dat zijn verzekeraar bij de zorginkoop zijn belangen objectief en optimaal behartigt en dat selectieve contractering plaatsvindt op de juiste gronden en niet op bedrijfseconomische overwegingen die binnen een verticaal geïntegreerde zorgverzekeraar/zorgaanbieder gemaakt zouden worden.

De leden van de GroenLinks-fractie wijzen erop dat in de toelichting van het wetsvoorstel zowel positieve als negatieve effecten van verticale integratie worden beschreven, en vragen of hieruit mag worden afgeleid dat de regering ambivalent staat tegenover het fenomeen van verticale integratie. Ook vragen zij of een verbod niet disproportioneel is als er ook positieve effecten mogelijk zijn, en waarom de regering niet voor een lichtere maatregel heeft gekozen.

De regering staat niet ambivalent tegenover het fenomeen verticale integratie. Zoals uit de toelichting op het wetsvoorstel blijkt, heeft de regering de positieve en negatieve effecten van verticale integratie afgewogen, en geconcludeerd dat voor de Nederlandse situatie een verbod op verticale integratie met het oog op de transitie waarin ons zorgstelsel zich bevindt wenselijk en noodzakelijk is. Ook heeft de regering, zoals blijkt uit de toelichting op het wetsvoorstel, gekeken naar alternatieve beleidsinstrumenten, zoals bijvoorbeeld het beoordelen van verticale integratie van geval tot geval door een onafhankelijke toezicht-houder, of het verplichten om bestuurlijke en financiële banden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders transparant te maken. De regering wil het risico uitsluiten dat in het stelsel prikkels ontstaan die ertoe zouden kunnen leiden dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop de belangen van hun verzekerden niet objectief en optimaal behartigen. Door het verbod wordt de daadwerkelijke mogelijkheid dat het inkoopbeleid bij de zorgaanbieder op onwenselijke wijze wordt beïnvloed alsook enige twijfel over de objectiviteit van de zorginkoop door zorgverzekeraars voorkomen. Hierdoor kan de burger ook gedurende deze transitiefase vertrouwen blijven behouden in het zorgstelsel.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen waarom bestaande gevallen van verticale integratie worden ontzien, vanwege de mening van de regering dat verticale integratie altijd moet worden voorkomen, met uitzondering omwille van zorgcontinuïteit en innovatie. Tevens vragen zij of er dan niet veel voor valt te zeggen dat de bestaande gevallen moeten worden ontkoppeld als het simpele feit van hun bestaan de reden is voor een verbod.

⁷⁹ Miller, Robert & Harold Luft, «HMO Plan Performance Update: An analysis of the literature, 1997–2001», artikel in «Health Affairs, Vol. 21, no. 4 (2002), page 63–86, Maryland; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», Journal of Economics & Management Strategy, 18(2): 487–545. NHS Confederation, «Building Integrated Care – Lessons from the UK and elsewhere», The NHS Confederation, UK, 2006.

Nieuwe gevallen van verticale integratie zijn straks op basis van dit vooraf kenbare wetsvoorstel verboden, tenzij er grond is voor ontheffing. Dat is enerzijds in het geval wanneer een zorgverzekeraar binnen het bestaande zorgaanbod niet kan voldoen aan zijn zorgplicht en verticale integratie daar wel in kan voorzien, en anderzijds wanneer een zorgverzekeraar en zorgaanbieders een gezamenlijk initiatief voor vernieuwing in de praktijk willen brengen. Dat die verticale integratie later weer afgebouwd moet worden is dan ook in de ontheffing al kenbaar.

De regering is van mening dat zij organisaties die op de inwerkingtredingsdatum van het verbod op verticale integratie al verticaal geïntegreerd zijn, niet tot ontmanteling moet verplichten. Aangezien het verbod op verticale integratie in zulke gevallen niet zal hebben bestaan op het moment waarop verticaal geïntegreerd werd, zou zij daarmee immers minder betrouwbaar over komen en levert dit mogelijk strijd op met beginselen van behoorlijk bestuur. Bovendien zouden hierbij, gezien artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM, mogelijk schadeloosstellingskwesties gaan spelen. Een en ander laat uiteraard onverlet, dat bestaande situaties van verticale integratie wel kunnen worden aangepakt indien daar vanuit het mededingingsrecht aanleiding toe bestaat of sprake zou zijn van situaties van aanmerkelijke marktmacht. Overigens is er op dit moment slechts in beperkte mate sprake van verticale integratie.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe de regering het gegeven taxeert dat haar juridische argumentatie op het punt van de rechtmatigheid van de inperking van de vrije artsenuitvoering ten aanzien van grensoverschrijdende zorg fundamenteel wordt weersproken door deskundigen?

De regering is van mening dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw niet in strijd is met Europees recht. Ook de Raad van State komt in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014 niet tot het oordeel dat er sprake zou zijn van strijdigheid met de Patiëntenrichtlijn. Sommige anderen zijn van mening dat er wel sprake is van strijd met Europees recht. Mocht het ooit zover komen, dan is het uiteindelijke oordeel over de verenigbaarheid van nationale wetgeving met het Europees recht aan het Europees Hof van Justitie voorbehouden.

Erkent de regering dat de nationale invulling van het stelsel niet in de plaats komt van de Europese patiëntenrichtlijn maar slechts invulling kan geven aan die richtlijn, zo vragen de leden van GroenLinks-fractie.

Het Nederlandse zorgstelsel dient op het punt van grensoverschrijdende zorg inderdaad te voldoen aan de Patiëntenrichtlijn. De regering is van mening dat de voorgestelde wijziging van art 13 Zvw in overeenstemming is met die richtlijn. Wel ziet de regering de spanning waar de Raad van State in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014 aandacht aan besteedt. De Patiëntenrichtlijn lijkt uit te gaan van een publiek georganiseerd zorgverzekeringsstelsel en daardoor, naar zijn aard, spanning oproept met het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel dat uitgaat van een private verzekering met publieke randvoorwaarden. Dat is ook niet verwonderlijk, aangezien de bepalingen in de Patiëntenrichtlijn over de vergoeding van grensoverschrijdende gezondheidszorg hun oorsprong vinden in jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie in zaken, waarin het ging over publiek georganiseerde zorgverzekeringsstelsels.

De leden van de GroenLinks vragen verder hoe groot de kans is dat dit voorstel – als het tot wet geworden is – door de (Europese) rechter zal worden ontkracht?

De regering acht de kans niet groot dat, indien de Eerste Kamer instemt met het wetsvoorstel, het gewijzigde artikel 13 Zvw door de (Europese) rechter zal worden ontkracht. Zoals in de parlementaire behandeling uitgebreid uiteen heeft gezet, ziet de regering geen strijd met Europees recht. Ook de Raad van State komt in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014 niet tot het oordeel dat er sprake zou zijn van strijdigheid met de Patiëntenrichtlijn. De regering ziet daarom een eventuele rechtszaak met vertrouwen tegemoet.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen voorts of de redenen om tot inperking van de vrije artskenkeuze over te gaan voldoende zwaarwegend zijn.

De regering is van mening dat het wetsvoorstel niet de vrije artskenkeuze beperkt.

Het wetsvoorstel laat onverlet dat een verzekerde kan kiezen tussen restitutie- en naturapolis. Er is geen enkele wettelijke verplichting voor een verzekerde om voor de ene of de andere variant te kiezen. Wel kunnen de verzekeraars binnen de naturapolis verschillende varianten aanbieden. Het wetsvoorstel vergroot die keuze juist en verplicht de zorgverzekeraar op dat punt tot meer transparantie. Uiteraard brengt de keuze voor een naturapolis met zich mee, dat betrokkenen gebruik maken van het door de verzekeraar te realiseren aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders. De verzekerde heeft zich daartoe contractueel verplicht. Daar staan veelal kwaliteitsafspraken en premiereductie tegenover. Binnen het gecontracteerde aanbod heeft de verzekerde de vrije keus.

Binnen de (natura)stelsels van sociale ziektekostenverzekering elders in Europa (en voorheen onder de Ziekenfondswet) is die situatie overigens niet anders: inherent aan natura is dat gebruik gemaakt wordt van gecontracteerde zorgaanbieders.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen voorts of de regering erkent dat de vrije artskenkeuze op zichzelf genomen voortvloeit uit grondrechtelijke overwegingen als vervat in de Grondwet en in Mensenrechtenverdragen?

De Grondwet en mensenrechtenverdragen erkennen het recht van een ieder op gezondheid (zorg).

De overheid dient in verband daarmee geschikte maatregelen te treffen om te voorzien in voldoende aanbod van zorg. In samenhang daarmee is van belang dat ook de financiële toegang tot de zorg is geborgd. In Nederland wordt aan deze verplichting voldaan door een samenhangend stelsel van wettelijke regelingen, waarbij de financiële toegankelijkheid voor de «cure» is geborgd via de Zvw. Binnen de Zvw heeft de wetgever voorzien in een scala van polisvarianten, in te vullen door de private zorgverzekeraar, zij het onder publiekrechtelijke randvoorwaarden, waaruit de verzekerde vrij kan kiezen, gekoppeld aan een acceptatieplicht van de zorgverzekeraars en een verbod op premiedifferentiatie binnen eenzelfde polis.

Op geen enkele wijze verplichten de Grondwet dan wel verdragen er toe, dat iedereen altijd vrij moet kunnen kiezen van welke zorgaanbieder men gebruik wenst te maken. Er zijn ook systemen in de EU die natuuregelingen kennen waar de keuze voor restitutie afwezig is. Ook de Raad van State komt in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014 tot de conclusie dat er geen redenen zijn om aan te nemen dat het voorgestelde systeem niet verenigbaar is met de Europees- en internationaalrechtelijke verplichtingen van Nederland.

Verder vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de regering erkent dat, wanneer het recht op vrije artskenkeuze voortvloeit uit de hiervoor

bedoelde grondwettelijke overwegingen, een inperking van dit recht aan de zwaarste proportionaliteitstoets gebonden dient te zijn? Tenslotte vragen deze leden of de regering erkent dat het aanspraak kunnen maken op deze grondrechtelijke vrije artskenkeuze niet afhankelijk kan worden gemaakt van de financiële draagkracht van burgers?

De regering is zoals hiervoor aangegeven van mening dat de Grondwet en de verdragen de overheid niet verplichten tot borgen van een volledig vrije artskenkeuze. Evenmin verplicht een hoger (rechts-)beginsel dat de rekening van een door de patiënt zelf gekozen arts altijd door de zorgverzekeraar (volledig) vergoed moet worden. Het uitoefenen van grondrechten is niet gratis, dit geldt ook voor het recht op gezondheidszorg. In het belang van de budgettaire houdbaarheid van het stelsel moeten er keuzes worden gemaakt.

Daar komt bij dat de in de Zvw neergelegde zorgplicht van de zorgverzekeraar met zich mee brengt dat de verzekeraar altijd moet zorgen voor voldoende gecontracteerd zorgaanbod op redelijke afstand van de verzekerde. Als de verzekeraar niet aan die zorgplicht heeft voldaan, heeft de verzekerde binnen artikel 13 Zvw aanspraak op een vergoeding van het volledige bedrag van de in rekening gebrachte kosten van de verleende zorg. Ook de Raad van State komt in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014 tot de conclusie dat er geen redenen zijn om aan te nemen dat het voorgestelde systeem niet verenigbaar is met de Europees- en internationaalrechtelijke verplichtingen van Nederland. De aanpassing van de Zvw leidt er toe dat er extra keuze komt met varianten die de voordelen van het contracteren in de vorm van kwaliteit en lagere prijs doorgeven aan de patiënt.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke wijze de keuzevrijheid in het voorliggend wetsvoorstel wordt gerespecteerd of vergroot.

Door de wetswijziging wordt het voor verzekeraars mogelijk om een gedifferentieerder palet aan polissen aan te bieden. Naast de bestaande restitutiepolissen en combinatiepolissen, wordt het voor verzekeraars mogelijk om diverse vormen van naturapolissen aan te bieden. Hierdoor neemt het aantal keuzeopties voor de verzekerde juist toe. Verzekeraars kunnen ervoor kiezen om naturapolissen aan te bieden die vergelijkbaar zijn met de huidige naturapolissen, waarbij een heel breed aanbod is gecontracteerd en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gemiddeld ligt op 75 a 80%. Daarnaast ontstaat er ook de mogelijkheid om naturapolissen aan te bieden, waar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager is vastgesteld, bijvoorbeeld op 50%, 30% of zelfs 0%.

In alle gevallen dienen zorgverzekeraars te blijven voldoen aan hun zorgplicht en dienen zij dus altijd voldoende zorg te contracteren. Daarnaast blijft ook voor verzekerden met een naturapolis keuzevrijheid bestaan binnen het gecontracteerde aanbod. Op deze wijze krijgen verzekerden juist meer te kiezen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of door het wetsvoorstel de machtspositie van de verzekeraar niet juist wordt vergroot en op deze manier de balans in het stelsel wordt verlegd.

De wetswijziging van artikel 13 Zvw zorgt ervoor dat zorgverzekeraars in staat worden gesteld hun polisaanbod verder te differentiëren. Voor naturaverzekerden heeft de verzekeraar alleen een voorselectie gemaakt waarbinnen de verzekerden kunnen kiezen. De verzekeraars kunnen dus juist door deze wetswijziging hun in het stelsel beoogde rol beter oppakken en waarmaken. Zij kunnen vanaf dat moment scherper op prijs en kwaliteit inkopen ten behoeve van de patiënt. Beter dan nu zullen

verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige zorgaanbieders kunnen weigeren. Ook hoeft de verzekeraar niet langer zorg te vergoeden van zorgaanbieders waarbij een vermoeden is van fraude of waarbij fraude eerder aan het licht is gekomen. Het is een zeer tijdrovend en een langdurig proces voor de zorgverzekeraar om aan te tonen indien er sprake is van onrechtmatige zorg. Daarom is het van belang dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om vooraf te kunnen bepalen dat er een lage of geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt verstrekt. Dit is in het belang van de betaalbaarheid en kwaliteit van zorg ten behoeve van de verzekerde en de patiënt.

Tevens blijkt uit de Evaluatie Zorgverzekeringswet 2014⁸⁰ dat er aanwijzingen zijn dat de machtsbalans op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en sommige zorgaanbieders in disbalans is ten faveure van sommige zorgaanbieders. Uiteraard zijn er regionale verschillen waarneembaar en geldt de disbalans ten faveure van aanbieders niet voor kleinere aanbieders in de eerste lijn. Aanbieders ervaren in de eerstelijns weinig onderhandelingsruimte. De onderzoekers geven aan dat dit niet als bezwaarlijk hoeft te worden beschouwd zolang de voordelen hiervan worden doorgegeven aan de verzekerde.

Daarnaast legt de wetswijziging de verzekeraar ook extra verplichtingen op. Door de wetswijziging wordt druk gezet op de verzekeraar om tijdig contracten te sluiten met zorgaanbieders en de transparantie tegenover verzekerden te verhogen. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden indien een verzekerde zes weken voorafgaand aan het begin van het nieuwe jaar geen duidelijkheid is geboden over de contractering van een door hem of haar ingeroepen zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars onderhandelen scherp. Zolang dit echter de verzekerde en patiënt en dus het zorgstelsel als geheel ten goede komt, acht de regering dit wenselijk. Pas indien zorgverzekeraars marktmacht zouden aanwenden ten koste van de verzekerde of patiënt is er reden om op te treden. Zowel de ACM als de NZa zijn op dit punt waakzaam.

Tot slot merkt de regering op dat het Ministerie van VWS dit voorjaar een rondgang heeft georganiseerd door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprek gingen met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Met name eerstelijns aanbieders hebben daar hun zorgen geuit over het contracteringsproces door de zorgverzekeraar. Tijdens de ronde bleek echter ook dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. Ik verwijs u graag naar een brief van 22 juli 2014⁸¹ waarin voorbeelden van dergelijke initiatieven staan geschetst. De komende periode zal de regering initiatieven nemen om de ruimte voor samenwerking maximaal te verkennen en deze best practices te verspreiden.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of er wel sprake is van keuzevrijheid als de patiënt eenmaal per jaar een polis kan kiezen, vooraf op de websites van verzekeraars moet kijken of de gewenste zorgaanbieders wel gecontracteerd zijn en, in het geval zorg van verschillende zorgaanbieders nodig of gewenst is, dat voor een combinatie van aanbieders moet uitpuzzelen.

⁸⁰ Kamerstukken TK 2014–2015, 29 689, nr. 545.

⁸¹ EK, 2013–2014, 33 253, J.

De door de leden van de Groenlinks-fractie genoemde punten tasten de keuzevrijheid niet aan. Op dit moment hebben verzekerden ook eenmaal per jaar (voor de start van een nieuw kalenderjaar) de mogelijkheid om van verzekeraar te wisselen. Het is de verantwoordelijkheid van de verzekerde zich goed te informeren over zijn zorgverzekering, dit wordt belangrijker naarmate verzekeraars selectiever gaan contracteren. De regering is zich ervan bewust dat het ingewikkelde materie betreft. De zorgverzekeraar dient op dit moment reeds transparante informatie over de zorgverzekering te verschaffen. Op zijn website dient hij helderheid te verschaffen over welke zorgaanbieders door hem zijn gecontracteerd. Tevens zal de zorgverzekeraar op verzoek van verzekerden telefonisch informatie moeten verstrekken. De NZa heeft in haar beleidsregel «informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014»⁸² gepubliceerd op welke wijze de zorgverzekeraar met betrekking tot het gecontracteerde aanbod informatie moet verstrekken aan verzekerden. De NZa ziet hierop toe. Naast een grotere verantwoordelijkheid voor de verzekerde behelst het wetsvoorstel ook een grotere verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraar om de verzekerde te informeren. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg tot het marktconforme tarief moeten vergoeden indien een verzekerde zes weken voorafgaand aan het begin van het nieuwe jaar geen duidelijkheid is geboden over de contractering van een door hem of haar ingeroepen zorgaanbieder.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen de regering in te gaan op mogelijke incomptabiliteit van de wijziging van artikel 13 met de preambule van de Wet Marktordening Gezondheidszorg («de wet beoogt de positie van de consument te beschermen en te bevorderen»), artikel 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen («De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan). Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt...»; deze leden vragen of dit niet het respecteren van de voorkeur van de patiënt impliceert) en artikel 3 lid 2 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie («In het kader van de geneeskunde en de biologie moeten met name worden nageleefd: –de vrije en geïnformeerde toestemming van de betrokkene, volgens de bij de wet bepaalde regels...»; Hoe vrij is deze toestemming als ze afhankelijk is van de betaalbaarheid van een verzekeringspolis?, zo vragen deze leden?

Wat betreft een mogelijke incomptabiliteit van de wijziging van artikel 13 Zvw met de preambule van de Wet marktordening gezondheidszorg merkt de regering het volgende op.

Het doel van die wet is de positie van de consument te beschermen en te bevorderen. De positie van de patiënt, de verzekerde, wijzigt niet door artikel 13 Zvw. De verzekerde die heeft gekozen voor een naturapolis heeft nog steeds recht op kwalitatief goede zorg, door gekwalificeerde zorgaanbieders, geselecteerd op kwaliteit en op prijs. Want het is de taak van de zorgverzekeraar niet alleen te zorgen voor goede zorg, maar ook voor betaalbare zorg. Daarmee kan hij concurreren op kwaliteit en prijs en dus om de gunst van de verzekerde. Dat draagt bij aan kostenbeheersing in en kwaliteitsverbetering van de zorg.

Wat betreft de vraag of artikel 2 van de Kwaliteitswet impliceert dat de keuze van de verzekerde patiënt moet worden gerespecteerd, merkt de regering het volgende op.

⁸² NZa, «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014 (TH/BR-015)», september 2014, te raadplegen via www.nza.nl.

Dat artikel bepaalt dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg van een goed niveau aanbiedt die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De Kwaliteitswet heeft ten doel te garanderen dat de zorg die de zorgaanbieder aan zijn patiënt geeft, van verantwoord niveau is en gelet op zijn gezondheidssituatie adequaat is. Dat is een verplichting voor elke zorgaanbieder, waar die zich ook bevindt. Dit heeft naar de mening van de regering geen relatie met een vrije keuze van de verzekerde. Artikel 13 Zvw is dan ook niet incompatibel met artikel 2 van de Kwaliteitswet. Het gaat bij artikel 13 Zvw niet zozeer om de relatie arts-patiënt, maar om de relatie verzekeraar – verzekerde en om de relatie verzekeraar – zorgaanbieder.

Wat betreft de verhouding van de wijziging van artikel 13 Zvw tot artikel 3 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie, merkt de regering het volgende op.

In dat artikel wordt bepaald dat in het kader van de geneeskunde en de biologie de vrije en geïnformeerde toestemming van de betrokkene moet worden nageleefd, volgens bij de wet bepaalde regels. Naar de mening van de regering gaat het bij het in die bepaling bedoelde grondrecht op lichamelijke en geestelijke integriteit om, dat de zorgaanbieder de patiënt goed informeert over zijn gezondheidstoestand, de voorgestelde behandeling, eventuele alternatieven en de voor- en nadelen daarvan, zodat de patiënt bewust kan beslissen of hij die behandeling bij die arts wil. De regeling van het «informed consent» heeft zijn beslag gekregen in de artikelen 448 en 450 van de Wet op de geneeskundige behandelings-overeenkomst. Dit recht speelt in de relatie tussen patiënt en zijn zorgverlener. Hieruit valt niet in zijn algemeenheid een recht van de burger af te leiden om naar iedere arts te gaan die hij wenst, maar wel een recht om niet gedwongen te worden tot een behandeling die hij niet wenst.

De wijziging van artikel 13 Zvw ziet op de relatie tussen de verzekerde en zijn verzekeraar. De naturapolis die een verzekerde kan kiezen staat niet in de weg aan een vrije keuze voor verzekerden, zij het dat in beginsel gekozen wordt tussen gecontracteerde zorgaanbieders. Er is binnen de naturapolis geen sprake van gedwongen zorg: als je niet kiest voor restitutie dan brengt de naturaverzekering ook niet mee dat de verzekerde zijn recht op geïnformeerde toestemming opgeeft.

Een mogelijke suggestie dat een naturapolis, omdat deze een lagere prijs kan hebben dan de restitutiepolis, de verzekerde zorg van minder kwaliteit biedt dan een restitutiepolis doet, deelt de regering niet. Een verzekerde met een restitutiepolis is niet op die grond gegarandeerd van betere zorg dan een verzekerde met een naturapolis. Integendeel: juist bij gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar in het onderhandelingsproces aandacht kunnen besteden aan de kwaliteit van de zorg. De aan de zorg gestelde minimum-kwaliteitsnormen gelden onafhankelijk van de vraag of de zorg vergoed wordt overeenkomstig een natura- of restitutiepolis. Bij gecontracteerde zorg kan zorg van hogere kwaliteit zijn bedongen.

Overigens kennen de meeste Europese lidstaten een naturastelsel waarbij de zorg wordt geleverd door zorgaanbieders die met de zorgverzekeringsinstellingen medewerkercontracten hebben gesloten ter voorziening in het recht op zorg in natura voor hun verzekerden. Het is niet waarschijnlijk dat al die stelsels in strijd zijn met artikel 3 van het Handvest.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke wijze de vertrouwelijkheid van soms langdurige behandelrelaties geborgd is wanneer de zorgverzekeraar besluit om een zorgaanbieder niet langer te contracteren?

In het huidige artikel 13 Zvw is op dit moment reeds geregeld dat een verzekerde die eenmaal een behandelovereenkomst met een zorgaanbieder heeft gesloten, recht heeft op het voortzetten van de behandeling, indien de verzekeraar gedurende de behandeling het contract met de zorgverzekeraar beëindigt. Deze bepaling blijft ook in het gewijzigde artikel 13 in stand (artikel 13 lid 2 sub c Zvw). Daarnaast is in het voorliggende wetsvoorstel geregeld dat een verzekerde bij een aangesloten behandeling bij een niet-gecontracteerde aanbieder dezelfde hoogte van de vergoeding houdt, ook wanneer gedurende de behandeling de hoogte van de vergoeding voor de niet-gecontracteerde zorg wijzigt (Artikel 13 lid 5 Zvw). Hiervan kan sprake zijn bij overgang naar een nieuw verzekeringsjaar. Dit is overigens niet van toepassing indien de verzekerde zelf van verzekeringspolis wisselt.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen waarom psychologische en psychotherapeutische zorg niet is uitgezonderd van de wijziging van artikel 13 Zvw analoog aan andere eerstelijnszorg?

Verzekerden kunnen ook met aanbieders, die vormen van zorg bieden die niet uitgezonderd zijn van de wijziging van artikel 13 Zvw, een vertrouwensband hebben, zoals met een psycholoog, een reumatoloog of een cardioloog. De regering is echter geen voorstander van het maken van een uitzondering voor deze aanbieders gezien de afspraken die in de hoofdlijnenakkoorden voor de geestelijke gezondheidszorg zijn gemaakt. Samen met aanbieders, verzekeraars en patiënten zijn deze hoofdlijnenakkoorden gesloten. Zij hebben ingestemd met de wijziging van artikel 13 Zvw, om op die manier de doelstellingen uit de akkoorden te kunnen realiseren. Een belangrijke doelstelling in het Hoofdlijnenakkoord GGZ is de ambulantisering. In 2020 moet eenderde van de intramurale bedden zijn afgebouwd ten opzichte van 2008. Deze zorg wordt ambulant geleverd in de buurt. Dat betekent dat er heel veel werk zal afkomen op de eerstelijns psychologische zorg. Er is regie nodig in de opbouw van de eerstelijns GGZ die hiervan het gevolg is. Daarom is het cruciaal dat de verzekeraar afspraken kan maken in de contracten over de organisatie, de kwaliteit, de extra aandacht, etcetera die nodig is om deze transitie goed te laten verlopen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat er gebeurt wanneer patiënten na een onderbreking weer wil terugkeren naar een behandelaar (in welke discipline ook) en constateert dat die zorgaanbieder (om welke reden ook) niet langer gecontracteerd is.

In het huidige artikel 13 Zvw is op dit moment reeds een bepaling opgenomen dat een verzekerde die eenmaal een behandelovereenkomst met een zorgaanbieder heeft gesloten, recht heeft op het voortzetten van de behandeling, indien de verzekeraar gedurende de behandeling het contract met de zorgverzekeraar beëindigt. Deze bepaling blijft ook in het gewijzigde artikel 13 in stand (artikel 13 lid 2 sub c Zvw). Is er echter sprake van een onderbreking en de lopende behandeling wordt beëindigd, dan vervalt het recht op voortzetting wanneer blijkt dat de zorgaanbieder niet langer gecontracteerd is. In dat geval kan de patiënt de behandeling voortzetten bij een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Of hij kan er toe besluiten de behandeling bij de oorspronkelijke zorgaanbieder voor te zetten, maar dit kan betekenen, afhankelijk van de polis van de verzekerde, dat de behandeling niet (volledig) vergoed wordt. Het is daarom van belang dat verzekerden zich bij de keuze voor een zorgverzekering goed informeren over het gecontracteerde zorgaanbod en de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorg.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke wijze patiëntenvoorkeuren op het punt van gender en seksuele, religieuze en culturele sensitiviteit geborgd zijn in dit voorstel?

Levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond en godsdienstige gezindheid kunnen onderdeel van een integrale aanpak bij de zorgverlening zijn. Kennis van deze aspecten kan bijvoorbeeld relevant zijn voor een GGZ behandeling. In het voorliggende wetsvoorstel is een artikel opgenomen waarmee zorgverzekeraars de verplichting krijgen om informatie openbaar te maken over de wijze waarop zij bij de zorginkoop rekening houden met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van verzekerden. De verzekerde kan bij de keuze voor een zorgverzekering rekening houden met het beleid van de verzekeraar op dat terrein.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen welke objectieve criteria voor kwaliteit en doelmatigheid zorgverzekeraars hanteren bij de zorginkoop en of deze criteria dermate evidence based zijn en de verschillen tussen de wel en niet te contracteren zorgaanbieders dermate groot dat dat de inperking van het recht op vrije artskeuze legitimeert. Of neemt dit wetsvoorstel een voorschot op de hoop dat dit kwaliteits- en doelmatigheidsonderscheid in de toekomst gemaakt zal kunnen worden?

Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is essentieel voor het functioneren van het stelsel. Bij de zorginkoop is ruimte voor verbetering ten aanzien van het aspecten kwaliteit, zoals de NZa ook constateert in haar monitor Zorginkoop⁸³. Het is van belang te realiseren dat er bij de invoering van de Zvw in 2006, zo goed als geen openbare informatie was over de kwaliteit van zorg, noch voor patiënten, noch voor verzekeraars. Het systeem gaf daar ook geen aanleiding toe want verzekerden konden niet kiezen. De opbouw van deze kwaliteitstransparantie is eigenlijk pas begonnen sinds de invoering van de Zvw in 2006. Het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg is in ontwikkeling en het kost tijd om volledige transparantie over de kwaliteit van zorg te realiseren. Dat is ook niet verrassend: definiëring van kwaliteit is moeilijk en het creëren van consensus over wat goede kwaliteit is in een sector, neemt tijd.

Om het vertrouwen in het zorgstelsel en in de rol van de zorgverzekeraar te vergroten, hebben zorgverzekeraars er zelf belang bij dat de keuzes rondom zorginkoop voor verzekerden en aanbieders inzichtelijk worden gemaakt. De regering ziet dat verzekeraars hierin stappen zetten. Een voorbeeld dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteit inkopen is het voorbeeld van de borstkankeroperaties, waarbij zorgverzekeraars deze zorg alleen nog inkopen bij ziekenhuizen die voldoen aan de eisen van de beroepsgroep. Er wordt ook steeds meer gewerkt met spiegelinformatie om zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken, zoals bijvoorbeeld bij huisartsen. Ook uit het rapport «Doelmatigheid in de zorginkoop»⁸⁴ blijkt dat verzekeraars stappen zetten.

Hiernaast is in het voorliggende wetsvoorstel een verplichting voor verzekeraars opgenomen dat zij het kwaliteitsbeleid dat bij de zorginkoop wordt gehanteerd jaarlijks voor 1 april t-1 transparant maken. Op die manier wordt het voor verzekerden transparant op basis van welke kwaliteitscriteria zorgverzekeraars inkopen en kunnen hiermee rekening houden bij de keuze voor een zorgverzekering.

⁸³ Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 498 en 520.

⁸⁴ Kamerstukken TK 2012–2013, 30 597, nr. 278.

De regering stimuleert transparantie van kwaliteit via het Zorginstituut Nederland. Door het stimuleren van de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten draagt het Zorginstituut Nederland bij aan inzicht in wat goede zorg is en waar die geleverd wordt en met specifieke aandacht voor het perspectief van de patiënt. Bij dit proces worden naast de wetenschappelijke verenigingen, ook patiënten en andere beroepsoefenaren en verzekerden betrokken. Daarmee neemt het draagvlak van de standaarden en richtlijnen toe. En daarmee ook het draagvlak van de toepassingen ervan door zorgverzekeraars in hun inkoop.

Het voorliggende wetsvoorstel neemt geen voorschot op de hoop dat kwaliteits- en doelmatigheidsonderscheid in de toekomst gemaakt kan worden, zoals geschetst worden hierin al stappen gezet door zorgverzekeraars. De regering verwacht wel dat door het vergroten van de transparantie in kwaliteit en doelmatigheid, zorgverzekeraars steeds beter hun rol op zullen kunnen gaan pakken en selectiever zullen gaan inkopen, waarbij zij hun keuzes steeds beter kunnen gaan onderbouwen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen welke rechten zorgaanbieders hebben om zich te verweren als een zorgverzekeraar hen niet (langer) wil contracteren. Welke rechten hebben zorgaanbieders die bezwaren hebben tegen de voortgaande marktwerking en de dominantie van zorgverzekeraars en omwille van hun vaste zorgrelatie met patiënten en omwille van hun visie op goede zorg bereid zijn de lagere vergoeding te accepteren.

Voorop wordt gesteld, dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden begrensd door de eisen van het verbintenissenrecht en de Mededingingswet (Mw). De onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder bevinden zich derhalve in het private domein. De rechtspraak gaat er vanuit dat de zorgverzekeraar in principe contractsvrijheid heeft, die wordt begrensd voor zover de Mw, de Zvw of daaraan gerelateerde regelgeving aan die vrijheid grenzen stelt. Voorbeelden daarvan betreffen minimeisen als de zorgplicht. Voor zorgaanbieders die niet (langer) gecontracteerd worden door een zorgverzekeraar, staat de weg naar de civiele rechter open. De rechter zal dit individuele geval toetsen aan de normen van het algemene verbintenissenrecht en van het mededingingsrecht.

Onderdeel van het mededingingsrecht betreft de beoordeling van het misbruik van een economische machtspositie: de positie van een of meer ondernemingen [die] hen in staat stelt de instandhouding van een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan te verhinderen door hun de mogelijkheid te geven zich in belangrijke mate onafhankelijk van hun concurrenten, hun leveranciers, hun afnemers of de eindgebruikers te gedragen.⁸⁵ De ACM is bevoegd op te treden in het geval een economische machtspositie geconstateerd wordt.

Daarnaast kunnen zorgaanbieders een melding maken van het vermoeden van aanmerkelijke marktmacht of een klacht hierover indienen bij de NZa. De NZa is op grond van de Wmg⁸⁶ bevoegd verplichtingen op te leggen indien zij tot het oordeel is gekomen dat er sprake is van aanmerkelijke marktmacht. Tevens kunnen zorgaanbieders hun patiënten erop wijzen dat zij met een andere verzekering, bijvoorbeeld bij een andere verzekeraar of door middel van een restitutiepolis, wel recht hebben op een vergoeding.

Voorts vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de regering de mening deelt dat het niet terecht is zorgaanbieders enkel om de reden van vergoeding uit te sluiten voor die patiënten die een naturapolis hebben.

⁸⁵ Artikel 1 sub i Mededingingswet.

⁸⁶ Artikelen 47 en 48 Wet marktordening gezondheidszorg.

Individuele keuzevrijheid voor cliënten is een belangrijk aspect in het stelsel. Daarom kunnen verzekeringsplichtigen op dit moment kiezen voor een natura- of restitutiepolis, kunnen ze jaarlijks van zorgverzekeraar wisselen en is een naturaverzekeraar verplicht om zoveel zorg te contracteren, dat zijn verzekerden die op de zorg zijn aangewezen, deze binnen redelijke termijn en afstand kunnen verkrijgen. In de praktijk betekent dit laatste dat verzekerden – behalve mogelijk bij zeer gespecialiseerde zorg die slechts door één zorgaanbieder wordt aangeboden – de keuze hebben uit meerdere zorgaanbieders. Ook zullen zij tijdig de informatie hebben over wie wel en wie niet is gecontracteerd, opdat de verzekerde geïnformeerd kan worden. De aanpassing van artikel 13 Zvw in dit wetsvoorstel schept helderheid in de verschillende soorten polissen, de kosten en wat je er voor terugkrijgt. Daarnaast moet een verzekeraar vanwege de dreiging van overstappende verzekerden ook rekening houden met het imago dat hij heeft. Een verzekeraar die zorgaanbieders onredelijke contractsvoorwaarden voorlegt, kan in negatieve zin de pers halen. Hoe de zorgsector er precies uit gaan zien is daarom niet te voorspellen.

Deze leden vragen voorts tussen hoeveel artsen iedere verzekerde zou moeten kunnen kiezen. Verschilt dat per medisch specialisme, per aandoening of per regio?

Op zichzelf waardeert de regering de suggestie dat iedere verzekerde uit een minimumaantal aanbieders zou moeten kunnen kiezen als garantie voor voldoende keuzevrijheid. De regering ziet hier echter ook praktische bezwaren. Het wettelijk criterium waarop de zorgverzekeraar wordt afgerekend is of hij zijn zorgplicht nakomt. Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag van de Tweede Kamer⁸⁷ is gesteld is niet in het algemeen te zeggen hoeveel zorgaanbieders een naturaverzekerde moet hebben gecontracteerd, wil hij aan zijn zorgplicht (voor in natura verzekerde zorg) hebben voldaan.

Dit hangt af van de grootte van de regio, het aanwezige zorgaanbod, de vorm van zorg waar het om gaat en het aantal, spreiding en waarschijnlijk zorgbehoefte van de verzekerden in die regio. Als het gaat om bereikbaarheid en tijdigheid stelt de NZa in zijn Toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars⁸⁸ ook gedifferentieerde eisen aan de verschillende vormen van zorg. Een keuze uit drie aanbieders voor een longtransplantatie is van een totaal andere orde dan kiezen uit drie huisartsen of dermatologen. De regering denkt dat het voor het beschikbare keuzepalet aan zorgpolissen te verstarrend zou werken om nu van zorgverzekeraars te eisen dat voor iedere verzekerde voor iedere zorgvorm een minimaal aantal aanbieders moeten zijn gecontracteerd. Bovendien houdt de NZa toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of een arts na invoering van het wetsvoorstel alleen nog een collega kan consulteren of een second opinion kan vragen bij een door de verzekeraar gecontracteerde arts.

Als op verzoek van de hoofdbehandelaar of de patiënt bepaalde activiteiten door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd is er sprake van onderlinge dienstverlening. In dit geval wordt er onderling een tarief in rekening gebracht en brengt alleen de hoofdbehandelaar een zorgproduct in rekening bij de verzekeraar. Indien het zorgproduct van de hoofdbehandelaar gecontracteerd is, valt de activiteit van de niet-gecontracteerde arts

⁸⁷ Kamerstukken TK 2012–2013, 33 362, nr. 7.

⁸⁸ NZa, «Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-009)», december 2013, te raadplegen via www.nza.nl.

onder het gecontracteerde zorgproduct en wordt deze activiteit dus aan de hoofdbehandelaar vergoed door de zorgverzekeraar. Consultatie van niet-gecontracteerde collega's door gecontracteerde artsen is dus nog steeds mogelijk. Een second opinion kan alleen door de patiënt worden gevraagd. Daarop bestaat, onder omstandigheden, aanspraak. Omdat het hierbij, anders dan bij de hiervoor beschreven onderlinge dienstverlening, gaat om een zelfstandige aanspraak, hangt het van de polisvoorwaarden af welke vergoeding de zorgverzekeraar in dat geval vergoedt bij een niet-gecontracteerde arts.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich af in hoeverre de continuïteit van zorg voor chronisch patiënten nog word geborgd.

De wijziging van artikel 13 Zvw heeft geen invloed op de continuïteit van zorg voor chronisch patiënten. Het is in het belang van de zorgverzekeraar om alle zorg die een chronisch patiënt nodig heeft te contracteren, hiertoe is hij ook verplicht op grond van zijn zorgplicht. Bij het selectief inkopen kunnen zorgverzekeraars bepalen om een zorgaanbieder, zoals een geheel ziekenhuis, niet langer te contracteren. Ook kunnen ze ervoor kiezen om bijvoorbeeld een specifieke behandeling als borstkankerzorg slechts bij een aantal ziekenhuizen te contracteren, zoals dat op dit moment in de praktijk ook reeds gebeurd. De regering verwacht dat zorgverzekeraars er bij het contracteren van zorg op zullen letten dat er niet te veel versnippering ontstaat in het zorgaanbod richting de patiënt. Dat is immers niet efficiënt en kan daardoor extra kosten met zich mee brengen. De verzekeraar heeft er alle belang bij om zorg goed op elkaar te laten aansluiten. Ten eerste omdat dit dat kwaliteit verbeterd en de tevredenheid van de patiënt vergroot, Ten tweede omdat het ook doelmatiger is.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe uitgebreid de zorgverzekeraar verzekerden moet informeren over beperkingen van de vrije artsenkeuze?

Ten eerste merkt de regering op dat er geen sprake is van een beperking van de vrije artsenkeuze via het voorliggende wetsvoorstel. Verzekeraars krijgen de mogelijkheid meer te differentiëren in polissen waardoor de keuzevrijheid juist toe neemt. Het is aan de verzekerde om te bepalen welke polis hij sluit.

Verzekeraars hebben de verplichting transparante informatie te verstrekken over hun polissen op basis van de Wmg. De NZa ziet hier op toe via de beleidsregel «informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014»⁸⁹. Bij de keuze voor een polis moet het voor (potentiële) verzekerden inzichtelijk zijn welke gecontracteerde zorgaanbieders deel uitmaken van de modelovereenkomst. Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde aanbieders werkt, moet op de website een overzicht staan van alle gecontracteerde zorgaanbieders, zodat consumenten kunnen nagaan uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen en hun voorkeur kunnen bepalen. Dit geldt voor het lopende polisjaar t en – voor zover mogelijk – voor het polisjaar t+1. Het overzicht moet zo actueel mogelijk zijn. De NZa kan handhavend optreden als verzekeraars hier niet aan voldoen. In de hoofdlijnenakkoorden is afgesproken het contracteringsproces voor 19 november af te ronden, zodat verzekeraars tijdig aan hun verzekerden het gecontracteerde aanbod kenbaar kunnen maken.

⁸⁹ NZa, «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014 (TH/BR-015)», september 2014, te raadplegen via www.nza.nl.

Met het voorliggende wetsvoorstel krijgen (natura)zorgverzekeraars een stevige prikkel om tijdig, dat wil zeggen uiterlijk zes weken voor aanvang van het verzekeringsjaar, bekend te maken met welke zorgaanbieders een contract is gesloten, plus de verschillen ten opzichte van het huidige verzekeringsjaar. De naturaverzekeraar zal namelijk de volledige kosten moeten vergoeden van zorg als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was (artikel 13 lid 2 sub b Zvw). Hiernaast krijgen zorgverzekeraars de verplichting hun inkoopbeleid en kwaliteitsbeleid transparant te maken, hierdoor kan de verzekerde ook deze aspecten meewegen bij de keuze voor een zorgverzekering.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe groot het prijsverschil tussen de natura- en restitutiepolis maximaal mag worden.

Op dit moment is het verschil tussen de goedkoopste naturapolis en de goedkoopste restitutiepolis op jaarbasis 60 euro. De verwachting is dat het premieverschil zal gaan toenemen doordat naturaverzekeraars door de wijziging van artikel 13 Zvw nog beter kunnen sturen op prijs, kwaliteit en doelmatigheid, in tegenstelling tot restitutieverzekeraars die hier niet goed op kunnen sturen. Hoe groot die premieverschillen worden is niet vooraf in te schatten. De leden van de Groen Links-fractie maken zich mogelijk zorgen over de premieverschillen en dat dit zou leiden tot een tweedeling. Keuzevrijheid wordt niet bepaald door de grootte van de beurs. Verzekerden met een inkomen onder een bepaald niveau hebben recht op zorgtoeslag. Deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico). Mensen met een laag inkomen worden dus niet gedwongen om een naturapolis waarbij selectief is gecontracteerd af te sluiten. Daarnaast is de vaststelling van de hoogte van de premie de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. De regering vindt het niet nodig om, zoals bijvoorbeeld eerder is gesuggered, een maximale bandbreedte in te voeren tussen de restitutieverzekering en de budgetpolis. Daarmee worden de doelmatigheidsvoordelen teniet gedaan. Deze voordelen zijn nodig om de zorg ook in de toekomst van goede kwaliteit en betaalbaar te houden.

Daarnaast zal ook binnen de naturapolis voldoende keuze overblijven. Vanuit concurrentieoogpunt zullen er ook naturaverzekeraars zijn die een breed aanbod blijven contracteren, verzekerden kunnen immers stemmen met de voeten. Vanuit concurrentieoogpunt zullen er ook naturaverzekeraars zijn die een heel breed aanbod blijven contracteren, verzekerden kunnen immers stemmen met de voeten. De verzekeraar heeft daarnaast een zorgplicht en zal ook vanuit dat oogpunt voldoende zorg moeten contracteren.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke wijze over de uitvoeringsregels gesproken wordt met kwetsbare groepen patiënten, artsen en andere betrokkenen?

Het is aan de zorgverzekeraars om transparant te zijn over hun inkoopbeleid, het gecontracteerde aanbod en de vergoedingen die zij verstrekken indien een verzekerde gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg. De NZa gaat vanaf 2015 monitoren in welke mate zorgverzekeraars invulling hebben gegeven aan de nieuwe wettelijke verplichtingen, zoals die over de transparantie van het inkoopbeleid en de inkoopprocedure. Op basis daarvan beziet de NZa of het nodig is om regels hierover te stellen. In dit geval zullen ook veldpartijen worden geconsulteerd. Verder heeft de NZa bij het opstellen van beleidsregels zoals de richtsnoer informatieverstrekking en het toezichtskader zorgplicht, op basis waarvan zorgverzeke-

raars uitvoering geven aan hun verplichtingen rondom hun zorgplicht en transparante informatieverstrekking, veldpartijen geconsulteerd. Naar aanleiding van de aangenomen motie van Tweede Kamerlid Slob⁹⁰ tijdens de behandeling van het wetsvoorstel verticale integratie om de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars te versterken, spreekt de regering momenteel met verzekeraars over de invulling van de motie.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering kan toelichten in welke toekomstvisie op de zorgverzekering en de zorgverzekeringwet dit wetsvoorstel, in de vorm zoals zij geamendeerd naar de Eerste Kamer is gezonden, past en hoe de regering de verhouding tussen markt en overheid ziet met betrekking tot de zorgverzekering.

Het huidige zorgverzekeringsstelsel is een privaat stelsel met publieke randvoorwaarden. Om de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit te borgen kent het stelsel een aantal publieke randvoorwaarden. Zo geldt er voor zorgverzekeraars een verbod op premiedifferentiatie, een acceptatieplicht en een zorgplicht. Vanuit de zorgplicht dienen zorgverzekeraars aan hun verzekerden zorg in natura te leveren (via een naturapolis) of een vergoeding voor zorg te verstrekken (via een restitutiepolis).

De kern van de gedachte achter de Zvw is dat de zorg betaalbaar en van een hoge kwaliteit kan blijven, indien (natura)zorgverzekeraars zoveel mogelijk contracten sluiten met zorgaanbieders die een goede prijs/kwaliteit verhouding leveren en daar hun verzekerden naar toe kunnen sturen. Dit systeem kan niet goed werken als zorgverzekeraars ook de zorg van niet gecontracteerde zorgaanbieders moet vergoeden. Zorgverzekeraars kunnen hun rol beter oppakken en waarmaken door de wijziging van artikel 13 Zvw. Beter dan nu zullen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige zorgaanbieders kunnen weigeren. Ook hoeft de verzekeraar niet langer zorg te vergoeden van zorgaanbieders waarbij een vermoeden is van fraude of waarbij fraude eerder aan het licht is gekomen. Het is een zeer tijdrovend en een langdurig proces voor de zorgverzekeraar om aan te tonen indien er sprake is van onrechtmatige zorg. Daarom is het van belang dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om vooraf te kunnen bepalen dat er een lage of geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt verstrekt. Dit is in het belang van de betaalbaarheid en kwaliteit van zorg ten behoeve van de verzekerde en de patiënt.

Daarnaast beoogt de wijziging dat zorgverzekeraars uiterlijk zes weken voorafgaand aan het nieuwe polisjaar bekend maken welke zorgaanbieders zij gecontracteerd hebben. Dit zet druk op zorgverzekeraars om tijdig hun contracten met zorgaanbieders te sluiten en verhoogt de transparantie voor verzekerden. Ook zijn in het voorliggende wetsvoorstel een aantal transparantieplichtingen aan verzekeraars opgelegd (art 40a, b en c Wmg) waardoor zorgaanbieders een gelijke startpositie krijgen. Zorgverzekeraars zullen onder andere informatie openbaar moeten maken over de wijze waarop zij bij de zorginkoop waarborgen dat zorgaanbieders non-discriminatoir worden behandeld en krijgen zij de verplichting het inkoopbeleid en inkoopproces voor 1 april t-1 bekend te maken. Het contracteerproces is en blijft een privaatrechtelijke aangelegenheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het is de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om het zorginkoopbeleid vorm te geven, rekening houdend met de zojuist genoemde verplichtingen en uiteraard de zorgplicht.

⁹⁰ Kamerstukken TK 2013–2014, 33 362, nr. 35.

De leden van de ChristenUnie fractie vragen hoe de regering met dit wetsvoorstel op de lange termijn de toegankelijkheid van goede basisverzekeringen wil waarborgen?

De kern van de gedachte achter de Zorgverzekeringswet is dat de zorg betaalbaar en van een hoge kwaliteit kan blijven, indien (natura)zorgverzekeraars zoveel mogelijk contracten sluiten met zorgaanbieders die een goede prijs/kwaliteit verhouding leveren en daar hun verzekerden naar toe kunnen sturen. Dit systeem kan niet goed werken als zorgverzekeraars ook de zorg van niet gecontracteerde zorgaanbieders moet vergoeden. Zorgverzekeraars kunnen hun rol beter oppakken en waarmaken door de wijziging van artikel 13 Zvw. Beter dan nu zullen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige zorgaanbieders kunnen weigeren. Dit is in het belang van de betaalbaarheid en kwaliteit van zorg ten behoeve van de verzekerde en de patiënt. Door deze aanpassing zal het systeem betere resultaten opleverend voor de patiënten in de vorm van hogere kwaliteit en lagere kosten.

De leden van de ChristenUnie fractie vragen of het hinderpaalcriterium, zoals dat in de jurisprudentie is ontwikkeld, blijft bestaan voor alle in het nieuwe artikel 13aa genoemde vormen van eerstelijns zorg?

De vergoedingsregeling voor de genoemde zorgvormen in artikel 13aa Zvw blijft aansluiten bij de huidige regeling in artikel 13 Zvw, waarbij in de memorie van toelichting is gesteld dat de omvang van de vergoeding voor de niet-gecontracteerde zorg niet zodanig mag zijn dat deze feitelijk verhindert dat de verzekerde niet-gecontracteerde zorg inroept. Dat wil zeggen dat voor deze vormen van zorg geldt dat de verzekerde recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding waarbij het hinderpaalcriterium van toepassing is.

De leden van de ChristenUnie fractie vragen hoe de toezichthouder straks gaat controleren of zorgverzekeraars een juiste en evenwichtige afweging hebben gemaakt in de selectie van zorgaanbieders bij de contractering?

De NZa zal niet gaan controleren of verzekeraars een juiste of evenwichtige afweging hebben gemaakt in de selectie van zorgaanbieders bij de contractering. Het contracteerproces is en blijft een privaatrechtelijke aangelegenheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het is de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om het zorginkoopbeleid vorm te geven. Wel krijgen zorgverzekeraars via het voorliggende wetsvoorstel een aantal transparantieplichtingen opgelegd (art 40a, b en c Wmg) en heeft de NZa de expliciete bevoegdheid regels te stellen ten aanzien van de informatieverplichting (art 40b lid 3 Wmg). De NZa zal jaarlijks rapporteren over de naleving van de informatieverplichtingen door zorgverzekeraars en over de ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop (art 32a WMG). De NZa kan tevens handhavend optreden indien zorgverzekeraars hun verplichtingen niet nakomen. Hiernaast heeft de zorgaanbieder de mogelijkheid om het zorginkoopproces, indien dit volgens de aanbieder niet verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir verloopt, te laten toetsen bij de civiele rechter.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe het aanbod van zorg van kleine aanbieders, bijvoorbeeld deze met een levensbeschouwelijke grondslag, wordt gewaarborgd in de wet.

Door de wetswijziging wordt de transparantie over het inkoop- en kwaliteitsbeleid vergroot. Verzekeraars worden verplicht om de procedure van zorginkoop en het inkoopbeleid voor het daaropvolgende jaar voor 1 april kenbaar te maken. Verzekeraars moeten in hun inkoopbeleid

aangeven op welke wijze zij bij het inkopen van zorg bewerkstelligen dat er een divers aanbod wordt gecontracteerd, waarbij rekening dient te worden gehouden met godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van de verzekerden. Dit is met name relevant in de GGZ. Wanneer de verzekeraar hierover in zijn inkoopbeleid onvoldoende transparant is, kunnen verzekerden een klacht indienen bij de verzekeraar zelf, een signaal afgeven aan de NZa of overstappen naar een andere verzekeraar.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe toezicht wordt gehouden op de in het wetsvoorstel opgenomen bepaling dat de zorgverzekeraars rekenschap geven ten aanzien van de door hen gehanteerde procedure en de wijze waarop rekening is gehouden met godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond van de verzekerden.

Zoals in beantwoording van de vorige vraag wordt aangegeven, dienen verzekeraars inderdaad in hun inkoopbeleid rekenschap te geven ten aanzien van hoe zij invulling geven aan het contracteren van een divers aanbod waarbij rekening dient te worden gehouden met godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van de verzekerden. De NZa ziet er op toe dat zorgverzekeraars deze verplichting nakomen. In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraars om uitvoering te geven aan de nieuwe wettelijke bepalingen en de NZa zal monitoren op de wijze waarop zorgverzekeraars hier invulling aan geven. Als de zorgverzekeraars hierin te kort schieten, dan kan de NZa hier handhavend tegen optreden.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat bij doorverwijzing door een huisarts naar een bepaalde specialist de patiënt op hoge eigen kosten stuit, omdat zijn verzekeraar geen contract met deze specialist heeft? Welke verantwoordelijkheid heeft de arts bij doorverwijzing in dit opzicht?

Tijdens het debat over dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer is ook over deze vraag gesproken. Hierbij is door de regering aangegeven dat verzekeraars, aanbieders en verzekerden hier ieder hun eigen verantwoordelijkheid in hebben en dat de verzekerde de grootste verantwoordelijkheid heeft. De verzekerde sluit immers een polis en moet zich daar goed over informeren. Dit kan hij doen door contact op te nemen met zijn zorgverzekeraar of door in de polisvoorwaarden en op de website van zijn verzekeraar te kijken. In het voorjaar 2014 is gesproken met de Landelijke Vereniging van Huisartsen (LHV), waarover de Tweede Kamer per brief⁹¹ is geïnformeerd. De LHV heeft een poster voor in de wachtkamer gemaakt waarmee patiënten er op gewezen worden dat de mogelijkheid bestaat dat niet alle zorg (volledig) vergoed wordt door de verzekeraar en dat het verstandig is dit in de polis of bij de zorgverzekeraar na te gaan. De LHV heeft aangegeven dat huisartsen verwijzen op basis van medisch inhoudelijke gronden. Zij zien het niet als taak van een huisarts om de inhoud van de verschillende polissen van verzekeraars te kennen. Dit vindt de regering overigens ook niet reëel om van huisartsen, of andere zorgverleners, te vragen. Wel kunnen huisartsen de verzekerde er op wijzen contact op te nemen met de verzekeraar.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de in de brief van de regering (4 juni 2014)⁹² uitgesproken verwachting over het ontstaan van vormen van naturapolissen en de in het huidige wetsvoorstel vastgelegde systematiek zich verhoudt tot de in het regeerakkoord voorgenomen

⁹¹ Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 497.

⁹² Kamerstukken TK 2013–2014, 33 362, nr. 22.

plannen om restitutiepolicen strikt voor aanvullende verzekeringen te laten gelden. Deze leden vragen zich af of dit voornemen met dit wetsvoorstel uitgevoerd is of is de regering voornemens met nadere wetgeving te komen.

De regering ziet af van het voornemen om restitutiepolicen af te schaffen binnen de Zvw. De wijziging van artikel 13 van de Zvw doet niets af aan de geldigheid van artikel 11 van de Zvw waarin is geregeld dat verzekeraars aan hun zorgplicht kunnen voldoen door zorg in natura aan te bieden via een naturapolis of een vergoeding kunnen verstrekken voor zorg via een restitutiepolic. De restitutiepolic blijft bestaan in de Zvw en er is dus geen nadere wetgeving nodig.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering de analyse van de ChristenUnie deelt dat een grotere rol van zorgverzekeraars in de sturing van de kwaliteit en kosten van de verzekerde zorg gepaard moet gaan met versterking van de invloed van de verzekerde op het beleid van zijn of haar zorgverzekeraar. Indien dit het geval is, vragen de leden van de ChristenUnie-fractie zich af hoe dit wetsvoorstel eraan bijdraagt dat zorgverzekeraars transparanter gaan werken en de invloed van verzekerden op het beleid van hun verzekeraars wordt versterkt. Daarnaast vragen deze leden hoe de regering in dit verband denkt uitvoering te kunnen gaan geven aan de motie Slob C.S⁹³.

De regering vindt het van belang dat verzekerden een stem hebben in het beleid van hun verzekeraar. Artikel 28 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar in zijn statuten waarborgen moet bieden voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid. Zorgverzekeraars geven hier invulling aan via een ledenraad of verzekerdenraad.

Door de wetswijziging worden zorgverzekeraars gedwongen om transparanter te gaan werken, hiermee wordt de positie van verzekerden versterkt. Verzekeraars krijgen door de wetswijziging de verplichting om hun inkoopbeleid en inkoopprocedure voor 1 april bekend te maken. Daarnaast worden zij gedwongen de transparantie tegenover verzekerden te verhogen. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden indien de een verzekerde zes weken voorafgaand aan het begin van het nieuwe jaar geen duidelijkheid is geboden over de contractering van een door hem of haar ingeroepen zorgaanbieder.

Naar aanleiding van de aangenomen motie van Tweede Kamerlid Slob⁹⁴ tijdens de behandeling van het wetsvoorstel verticale integratie om de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars te versterken, spreekt de regering momenteel met verzekeraars over de invulling van de motie. Daarnaast zal de Raad voor Volksgezondheid en Zorg eind 2014 het signalement «Governance bij zorgverzekeraars» publiceren, waarin invloed van verzekerden een belangrijk thema is. Op basis van de gevoerde gesprekken en de aanbevelingen in het signalement zal de regering de Tweede Kamer zo snel mogelijk informeren over de uitwerking van de motie.

De voorlichting van de Raad van State over dit wetsvoorstel van 22 oktober 2014 wijst de stelling van de hand dat de in het voorgestelde artikel 13 Zvw geïmpliceerde mogelijkheid van het op nul stellen van de vergoeding voor behandeling bij niet-gecontracteerde instellingen in een ander lidstaat in strijd is met Europees recht. Vanuit de rechtswetenschap is er door een enkeling op gewezen dat de enkele doelstelling van

⁹³ Kamerstukken TK 2013–2014, 33 362, nr. 35.

⁹⁴ Kamerstukken TK 2013–2014, 33 362, nr. 35.

doelmatigheid, anders dan de Raad van State lijkt te veronderstellen, niet per definitie voldoende is om aan de voorwaarden van artikel 7, zevende lid, van richtlijn 2011/24/EU te voldoen. Kan de regering hierop reageren, zo vragen de leden van ChristenUnie-fractie.

De regering is van mening dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw niet in strijd is met Europees recht. Ook de Raad van State komt in zijn voorlichting aan de Eerste Kamer van 22 oktober 2014 niet tot het oordeel dat er sprake zou zijn van strijdigheid met de Patiëntenrichtlijn. Sommige anderen zijn van mening dat er wel sprake is van strijd met de Patiëntenrichtlijn.

Artikel 7, eerste en vierde lid, van de Patiëntenrichtlijn bepalen de hoofdregel met betrekking tot de vergoeding van grensoverschrijdende zorg. Kort gezegd moet verzekerde zorg in grensoverschrijdende situaties vergoed worden tot het niveau waarop de zorg in eigen land vergoed zou worden. De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw doet niet af aan deze bepalingen. Immers, in het geval de verzekerde heeft gekozen voor een naturaverzekering, zal de vergoeding voor zorg genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland op grond van de modelovereenkomst even hoog zijn als bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland.

Het zevende lid van artikel 7 van de Patiëntenrichtlijn bepaalt dat bij grensoverschrijdende zorg dezelfde voorwaarden (zoals behandelingscriteria, de poortwachtersfunctie van de huisarts enz.) mogen worden toegepast als in eigen land. Die voorwaarden mogen echter niet discriminerend zijn of een belemmering vormen voor het vrij verkeer, tenzij hiervoor een objectieve rechtvaardiging is. Ook deze bepaling vindt zijn oorsprong in de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie. Uit die jurisprudentie volgt dat nationale maatregelen die het vrij verkeer belemmeren, gerechtvaardigd kunnen zijn wanneer zij aan de volgende vijf voorwaarden voldoen:

- de maatregel moet beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang;
- de maatregel moet geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen;
- de maatregel mag niet verder gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel (proportioneel);
- de maatregel moet kenbaar en voorspelbaar zijn;
- de maatregel moet zonder discriminatie worden toegepast.

Artikel 7, zevende lid, van de Patiëntenrichtlijn noemt zelf twee dwingende redenen van algemeen belang die het Hof in relatie tot vrij verkeer/belemmeringen in relatie tot de zorg heeft geaccepteerd, kort samengevat de noodzaak van planning en doelmatigheid. Naast het met deze wijziging beoogde doel van doelmatigheid moet inderdaad ook aan de andere eisen uit de jurisprudentie worden voldaan. In dat verband wordt opgemerkt dat de maatregel geschikt is om het nagestreefde doel te verwezenlijken en niet verder gaat dan nodig. Bij de huidige naturapolissen heeft de zorgverzekeraar onvoldoende mogelijkheid om de verzekerden te sturen naar door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Zorg bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder moet op grond van nationale rechtspraak immers ook grotendeels vergoed worden. Verder wordt eraan herinnerd dat het wetsvoorstel niet verplicht tot het onthouden van vergoeding indien een naturaverzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Het wordt slechts mogelijk gemaakt. Ten slotte wordt met betrekking tot de proportionaliteit opgemerkt dat er tijdens de behandeling van het wetsvoorstel nog wijzigingen zijn aangebracht om ongewenste situaties te voorkomen.

De maatregel is kenbaar en voorspelbaar omdat de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om een lagere (of nihil) vergoeding te geven wettelijk wordt vastgelegd en het wetsvoorstel bepaalt dat zorgverzekeraars transparanter moeten zijn over het polisaanbod en de gecontracteerde zorg zodat verzekerden een beter geïnformeerde keuze kunnen maken. Ten slotte wordt nog opgemerkt dat de maatregel zonder discriminatie wordt toegepast. De mogelijkheid voor een zorgverzekeraar om een lagere (of geen) vergoeding te geven wanneer een naturaverzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat wordt zonder onderscheid naar de vestigingsplaats van de zorgaanbieder toegepast.

De leden van de PVV-fractie geven aan dat de regering in de Tweede Kamer heeft aangegeven dat kleine aanbieders gecontracteerd moeten worden. Zij vragen hoe de regering hier op toe gaat zien, nu de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg over transparante, evenwichtige en objectieve contracteercriteria met gelijke kansen voor gelijke aanbieders niet zijn nagekomen?

In het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg zijn afspraken gemaakt over een gelijk speelveld, wat niet een gelijke uitkomst voor zorgaanbieders hoeft te betekenen, maar wel een gelijke startpositie. Via het voorliggende wetsvoorstel wordt een aantal verplichtingen aan zorgverzekeraars opgelegd (art 40a, b en c Wmg) waardoor zorgaanbieders een gelijke startpositie krijgen. Zorgverzekeraars zullen onder andere informatie openbaar moeten maken over de wijze waarop zij bij de zorginkoop waarborgen dat zorgaanbieders non-discriminatoir worden behandeld (art 40 a lid 1 Wmg). Dat betekent bijvoorbeeld dat zorgaanbieders niet mogen worden uitgesloten van het inkoopproces op basis van voorwaarden zoals omvang: zowel grote als kleine aanbieders moeten toegang hebben tot dit proces. Daarnaast krijgen zorgverzekeraars de verplichting het inkoopbeleid en inkoopproces voor 1 april t-1 bekend te maken. De NZa zal jaarlijks rapporteren over de naleving van de informatieverplichtingen door zorgverzekeraars en over de ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop (art 32a Wmg). De NZa kan tevens handhavend optreden indien zorgverzekeraars hun verplichtingen niet nakomen. De regering heeft in de Tweede Kamer overigens niet aangegeven dat kleine aanbieders gecontracteerd «moeten» worden. Het contracteerproces is en blijft een privaatrechtelijke aangelegenheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het is de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om het zorginkoopbeleid vorm te geven, rekening houdend met de zojuist genoemde verplichtingen en uiteraard de zorgplicht. De contracteerplicht is sinds de invoering van de Zvw in 2006 afgeschaft.

De leden van de PVV-fractie geven aan dat er minstens 120 klinieken zijn die 3 of minder overeenkomsten hebben met zorgverzekeraars en helemaal geen verwijzingen meer zullen ontvangen van huisartsen. Zij vragen op welke wijze de toezegging van de regering in eerste termijn van het debat in de TK hard is, dat deze klinieken alsnog in aanmerking kunnen komen voor een overeenkomst.

De regering heeft geen toezegging gedaan dat zorgaanbieders, of deze op dit moment nu wel of niet gecontracteerd zijn, gegarandeerd gecontracteerd worden door zorgverzekeraars. Het contracteerproces is en blijft een privaatrechtelijke aangelegenheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het is de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om het zorginkoopbeleid vorm te geven. Wel krijgen zorgverzekeraars via het voorliggende wetsvoorstel een aantal transparantieplichtingen opgelegd (art 40a, b en c Wmg). Zo zullen zorgverzekeraars onder andere informatie openbaar moeten maken over de wijze waarop zij bij de

zorginkoop waarborgen dat zorgaanbieders non-discriminatoir worden behandeld. Dat betekent bijvoorbeeld dat zorgaanbieders niet mogen worden uitgesloten van het inkoopproces op basis van voorwaarden zoals omvang: zowel grote als kleine aanbieders moeten toegang hebben tot dit proces.

Tevens moeten zorgverzekeraars informatie openbaar maken over de wijze waarop hij bij de zorginkoop ruimte biedt aan innovatieve nieuwe zorgaanbieders binnen de zorg. Alle zorgaanbieders komen in principe in aanmerking voor een contract, maar zorgverzekeraars bepalen uiteindelijk zelf met wie zij contracteren.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering rekening houdt met een claim tot schadecompensatie in verband met ontneming van vermogen en inkomen als deze 120 klinieken moeten sluiten en verwijzen naar het voorbeeld van de nertsenfokkers en de varkensmesters.

Nee, de regering houdt geen rekening met een claim tot schadecompensatie in verband met ontneming van vermogen en inkomen. Bij de nertsenfokkers en de varkensmesters was er sprake van een verbod waardoor het voor deze partijen niet mogelijk was om hun bedrijf voort te zetten. Hier is binnen het zorgverzekeringsstelsel geen sprake van, elke zorgaanbieder maakt kans op een contract, ook na de wijziging van artikel 13 Zvw. Hiernaast staat het niet vast dat zorgaanbieders zonder contract geen bestaansrecht meer hebben. Restitutieverzekerden kunnen immers gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg tegen een marktconforme vergoeding (een vergoeding van zorg die in redelijkheid passend is in de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden) en ook naturaverzekerden kunnen gebruik blijven maken van niet-gecontracteerde zorg, hierbij kan de vergoeding echter lager (of op 0 euro) worden vastgesteld.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering het scenario onderschrijft dat niet-gecontracteerde aanbieders zullen verdwijnen, evenals restitutieverzekeraars, en dat de macht van de grote vier zorgverzekeraars zal toenemen. Zo nee, welke garanties kan de regering geven om de ontwikkeling naar een absolute machtspositie van de Big 4 tegen te houden? Zo ja, zijn we dan niet met een onverantwoorde ingreep in de zorgmarkt bezig?

De regering onderschrijft het scenario van de PVV-fractie niet. Zorgverzekeraars krijgen met het gewijzigde artikel 13 Zvw de mogelijkheid hun polisaanbod verder te differentiëren en naturaverzekerden beter te sturen naar het door hen gecontracteerde zorgaanbod. Zorgverzekeraars kunnen hun in het stelsel beoogde rol beter oppakken en waarmaken door de wijziging van artikel 13 Zvw. Beter dan nu zullen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige zorgaanbieders buiten de deur kunnen houden. Ook hoeft de verzekeraar niet langer zorg te vergoeden van zorgaanbieders waarbij een vermoeden is van fraude of waarbij fraude eerder aan het licht is gekomen. Het is een zeer tijdrovend en een langdurig proces voor de zorgverzekeraar om aan te tonen indien er sprake is van onrechtmatige zorg. Daarom is het van belang dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om vooraf te kunnen bepalen dat er een lage of geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt verstrekt. Dit is in het belang van de kwaliteit van zorg ten behoeve van de patiënt. Door de wetswijziging wordt overigens ook druk gezet op verzekeraars om tijdig hun contracten met zorgaanbieders te sluiten. Dit verhoogt de transparantie voor verzekerden. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was. Wel is het zo dat

zorgverzekeraars scherp onderhandelen. Zolang dit echter de verzekerde en patiënt en dus het zorgstelsel als geheel ten goede komt, acht de regering dit gewenst. Pas indien zorgverzekeraars marktmacht zouden aanwenden ten koste van de verzekerde of patiënt is er reden om op te treden. Zowel de ACM als de NZa zijn op dit punt waakzaam.

De regering onderschrijft ook het scenario niet, dat niet-gecontracteerde aanbieders zullen verdwijnen. Het staat niet vast dat zorgaanbieders zonder contract geen bestaansrecht meer hebben. Restitutieverzekerden maar ook verzekerden met een combipolis kunnen immers gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg tegen een marktconforme vergoeding (een vergoeding van zorg die in redelijkheid passend is in de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden) en ook naturaverzekerden kunnen gebruik blijven maken van niet-gecontracteerde zorg, hierbij kan de vergoeding echter lager (of op 0 euro) worden vastgesteld. Ook onderschrijft de regering het scenario niet dat restitutieverzekeraars per definitie zullen verdwijnen. Zolang er vraag naar restitutieverzekeringen is, zullen deze worden aangeboden.

De leden van de PVV-fractie stellen dat de regering tijdens de behandeling in de Tweede Kamer heeft laten blijken dat niet gecontracteerde zorgverleners slechte zorgverleners zijn. De leden van de PVV-fractie vragen of de regering deze stelling kan onderbouwen. Indien dit niet het geval is, vragen de leden van de PVV-fractie of het contracteerbeleid niet eerst transparant, relevant en objectief geformuleerd moeten worden alvorens de wetswijziging kan worden doorgevoerd. Deze leden vragen of dit beleid niet wettelijk moet worden geregeld.

Het is onjuist te stellen dat alle niet gecontracteerde zorg slechte zorg is. Zorgverzekeraars kunnen om verschillende redenen besluiten geen contract te sluiten met een zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hier bijvoorbeeld voor kiezen omdat de prijs relatief hoog is of kwaliteit van de geleverde zorg niet aan de extra eisen van de verzekeraar voldoet. Het kan echter ook zo zijn dat de zorgverzekeraar reeds voldoende zorg heeft ingekocht om aan zijn zorgplicht te voldoen en om die reden niet kiest voor de contractering van een extra zorgaanbieder. In dat geval heeft het besluit om een zorgaanbieder niet te contracteren dus niet te maken met de kwaliteit van de betreffende zorgaanbieder.

Het tijdig inzichtelijk maken van hun inkoopbeleid door verzekeraars is van cruciaal belang voor het functioneren van het stelsel. Door dit wetsvoorstel wordt dan ook de transparantie over het inkoop- en kwaliteitsbeleid vergroot. Verzekeraars worden verplicht om de procedure van zorginkoop, het inkoopbeleid en het kwaliteitsbeleid voor het daaropvolgende jaar voor 1 april kenbaar te maken. Hierbij dienen verzekeraars ervoor te zorgen dat hun inkoopbeleid non-discriminatoire is. Daarnaast moeten verzekeraars in hun inkoopbeleid aangeven op welke wijze zij bij het inkopen van zorg bewerkstelligen dat er een divers aanbod wordt gecontracteerd, waarbij rekening dient te worden gehouden met godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van de verzekerden. Er wordt dus wettelijk geregeld dat verzekeraars transparant moeten zijn over hun contracteerbeleid. De NZa ziet er op toe dat zorgverzekeraars deze verplichting nakomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers